VILLE-ÉVRARD
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ

PROJET
« ORGANISATION ET EVALUATION DU PARCOURS DE PRISE EN CHARGE (OEPPC)»

PROJET D'ETABLISSEMENT 2013-2017

-

PROJET ORGANISATION ET EVALUATION DU PARCOURS DE PRISE EN CHARGE (OEPPC)

Ville-Evrard
Psychiatrie publique 93
ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ

SOMMAIRE

EDITO ____ **4**

BILAN DES PROJETS DQRJU 2005-2012 ____ **8**

Dans le domaine de la DQRJU *8*

Dans le domaine de la Qualité de prise en charge *10*

Dans le domaine du risque associé aux soins et risques professionnels *11*

Dans le domaine Juridique et assurantiel *12*

Dans le domaine des Relations avec les Usagers *13*

Dans le domaine des Admissions en soins sans consentement *14*

Dans le domaine de la protection juridique des Personnes Protégées *15*

SCHEMA SYNOPTIQUE ____ **16**

AXES ET OBJECTIFS SYNTHETIQUES ____ **17**

AXE 1 - PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE ET LE RESPECT DES DROITS DU PATIENT : DEMOCRATIE SANITAIRE ____ 17

objectif 1 : Structurer la démarche d'accueil des usagers, de leurs familles et des accueils spécifiques *17*

objectif 2 : Améliorer la qualité de l'écoute des usagers et des aidants *20*

objectif 3 : Promouvoir les droits des usagers *21*

Objectif 4 : Promouvoir et soutenir les démarches de bientraitance *24*

Objectif 5 : Accompagner les évolutions législatives et la mise en place des réformes *24*

Objectif 6 : Renforcer les liens existants avec les partenaires extérieurs : articulation sanitaire-justice *25*

AXE 2 : FEDERER LES PROJETS AUTOUR DE LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS _ 27

Objectif 1 : Sécuriser les parcours de prise en charge en priorisant les processus a risques : sécuriser le circuit du médicament, structurer l'identito-vigilance et informatiser le dossier du patient *27*

Objectif 2 : Accompagner les autres projets qualité / risques en prenant en compte les exigences et recommandations de la Certification HAS *33*

objectif 3 : Structurer, développer et évaluer une démarche de développement durable / éco-responsabilité *35*

AXE 3 : DECLINER LA DYNAMIQUE QUALITE ET SECURITE DES SOINS DANS LE PILOTAGE DES POLES ____ 38

Objectif 1 : Impulser la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le pilotage des pôles *38*

Objectif 2 : Promouvoir les démarches locales d'analyse des évènements indésirables *39*

AXE 4 : RENFORCER LA SECURITE DES PERSONNES, DES BIENS ET DES INSTALLATIONS ____ 41

Objectif 1 : Formaliser les relations de partenariat entre hôpital-police *41*

Objectif 2 : Préparer l'établissement à faire face aux menaces de crise *41*

Objectif 3 : Renforcer la sécurité des accès et des locaux *42*

AXE 5 : EVALUER ET MESURER LA QUALITE DU SERVICE RENDU AUX USAGERS ET AUX PROFESSIONNELS ____ 43

Objectif 1 : Développer les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (E.P.P.) 43

Objectif 2 : Evaluer les pratiques via le suivi d'indicateurs et les évaluations de dossiers 44

Objectif 3 : Développer les évaluations internes et externes 46

AXE 6 : OPTIMISER LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION DELIVREES AUX PATIENTS, AUX PROFESSIONNELS ET AUX VISITEURS ___ 48

CONCLUSION : ____ 50

ANNEXE ____ 51

DECLINAISON DU PROJET OEPPC ____ 52

PROGRAMME ____ 53

Axe I – Promouvoir la connaissance et le respect des droits du patient : démocratie sanitaire 53

Axe II – Fédérer les projets autour de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins 56

AXE III – Décliner la dynamique qualité et sécurité des soins dans le pilotage des pôles 64

AXE IV – Renforcer la sécurité des personnes, des biens et des installations 64

AXE V – Evaluer et mesurer la qualité du service rendu aux usagers et aux professionnels 65

AXE VI – Optimiser la communication et l'information délivrées aux patients, aux professionnels et aux visiteurs .. 68

EDITO

Les exigences auxquelles sont confrontées les établissements de soins sont nombreuses et multiples, qu'elles naissent de textes législatifs, règlementaires ou qu'elles proviennent d'autorités, tels que : Loi Hôpital, Public, Santé, Territoire (HPST**),** Réforme sur les soins sans consentement, Réforme de la protection juridique des majeurs, Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), Programme Régional de Santé (PRS), Recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), Recommandations de la Haute Autorité en Santé (HAS), Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS)…

Ces exigences influencent l'organisation de l'établissement dans sa globalité, aussi bien la prise en charge du patient que l'ensemble des activités.
Elles touchent toutes à des questions transversales et donc partagées que sont la qualité et à la sécurité des soins, la qualité des prestations offertes aux usagers, les conditions de travail et la sécurité des professionnels.
Elles appellent de ce fait, des réponses cohérentes qui fassent la synthèse des besoins des usagers et des professionnels avec des objectifs de l'institution.

L'objectif est de mettre en place des solutions globales et concrètes qui puissent à la fois répondre aux exigences et améliorer l'organisation de l'établissement sur le terrain.

La définition et le déploiement de ces solutions amènent à des changements profonds et coordonnés. En ce sens, elles demandent un investissement fort de l'institution qui peut se matérialiser au travers des projets institutionnels. Pour cela et dans le prolongement des projets médical et de soins, la Direction Qualité, Gestion des Risques, Affaires Juridiques, Relations Usagers, Admissions et Tutelles (DQRJU) propose à la communauté hospitalière un projet sur l'Organisation et l'Evaluation du Parcours de Prise en Charge (OEPPC)**.** Ce projet dépasse le périmètre du patient et concerne aussi son environnement : famille et professionnels.

Pourquoi ce projet ?
La DQRJU telle qu'elle a été constituée et configurée depuis 2005, répond à l'exigence fonctionnelle d'un rôle accru de la CME et de son Président, ainsi qu'à l'obligation d'inscrire les

actions dans le cadre d'un projet spécifique à l'organisation de la prise en charge et à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Dans la logique que sous-tend l'organigramme de l'établissement, ce projet couvre l'ensemble des domaines gérés par la DQRJU. Chaque domaine fait l'objet d'une démarche incluant bien évidemment les obligations réglementaires, mais comportant également de nombreuses actions à l'initiative de l'établissement.

Ce projet s'articule autour d'un objectif principal :

« Définir et mettre en place la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil, de prise en charge des usagers et les conditions de travail ».

Cet objectif est décliné en six axes qui font la synthèse et le tour des exigences et évolutions auxquelles sera confronté l'établissement au cours des prochaines années 2013 - 2017 :

- Axe 1 : Promouvoir la connaissance et le respect des droits du patient : Démocratie sanitaire ;
- Axe 2 : Fédérer les projets autour de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Axe 3 : Décliner la dynamique qualité et sécurité des soins dans le pilotage des pôles ;
- Axe 4 : Renforcer la sécurité des personnes, des biens et des installations ;
- Axe 5 : Evaluer et mesurer la qualité du service rendu aux usagers et aux professionnels ;
- Axe 6 : Optimiser la communication et l'information délivrées aux patients, aux professionnels et aux visiteurs.

Ces différents axes s'inscrivent dans **l'objectif affirmé**
par la Direction DQRJU non seulement de permettre aux usagers
de faire valoir leurs droits, mais également de soutenir les professionnels dans des démarches parfois complexes et leur permettre ainsi de se consacrer au cœur de leur métier : **le soin.**

Dans le prolongement du projet d'établissement, la DQRJU et la Commission des relations avec les usagers (CRUQPC) – porteuse du projet - proposent ce volet :

- Selon les exigences réglementaires et législatives ;
- Sur la base le projet médical, de soins et social ;
- Selon les fils conducteurs annoncés et affichés au niveau institutionnel.

Certaines thématiques pouvant être traitées dans ce projet et les autres volets du projet d'établissement avec une cohérence, coordination et convergences afin de dégager des articulations à opérer des réponses cohérentes.

Le projet est décliné en trois niveaux :

- **Une politique :** le projet définit les orientations en matière d'organisation et d'évaluation du parcours de prise en charge des usagers en cohérence avec les orientations du projet d'établissement ;
- **Un programme :** il est décliné à partir des orientations de la politique OEPPC. Pour chaque axe, des objectifs sont définis et traduits en plan d'actions d'amélioration avec des responsables, des échéances et des indicateurs. Il comporte des actions transversales et d'autres spécifiques en fonction des thématiques.
- **Un manuel :** Il décrit les organisations qui structurent la démarche et les moyens en termes qualité, risque et usagers.

BILAN DES PROJETS DQRJU 2005-2012

DANS LE DOMAINE DE LA DQRJU

La Direction Qualité, Gestion des Risques, Affaires Juridiques, Relations Usagers doit son intitulé à ses multiples composantes appelées auparavant tantôt service, tantôt cellule, tantôt bureau. Les relations usagers regroupant les services en charge des réclamations/accès aux dossiers patients, les admissions et les tutelles (DQRJU).

Pendant plusieurs décennies, les directions hospitalières ont présenté un organigramme classique autour du triptyque personnel, finances et services économiques.

Plus récemment, de nouvelles fonctions sont apparues. La qualité s'est imposée au cours des années 90 comme une fonction indispensable au sein des Etablissements Publics de Santé (EPS) pour en faire un peu plus tard un outil managérial. Le patient est au centre de tout, des préoccupations, du projet d'établissement, du management. L'émergence d'une revendication des usagers-consommateurs a conduit les établissements hospitaliers à structurer une réponse aux besoins de communication avec les usagers.

L'établissement de Ville-Evrard, en mesure de se doter des compétences requises, a confié au sein d'une direction identifiée la mission d'animer et de gérer ces fonctions d'où la création de cette direction dès 2005.

Le regroupement des missions, le recrutement de nouvelles compétences s'imposaient. Chacune des fonctions appelle des compétences particulières. On ressent bien une sorte de proximité, des éléments de complémentarité, une cohérence du tout. Ce qui était un peu intuitif est devenu parfaitement argumenté, justifié et étayé.

Mission principale : La gestion des services de la DQRJU en termes qualité, risques, juridique usagers, soins sans consentement et protection juridique des majeurs : impulser et mener des politiques, garantir et suivre les actions d'amélioration, accompagner les évolutions législatives, coordonner les travaux institutionnels et mettre en place des outils d'aide et de mesure.

Objectifs atteints, et/ou en cours : Accompagner l'établissement dans des domaines particuliers, réformes et projets institutionnels :

- Réforme du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement ;
- Réforme du 5 mars 2007 portant protection juridique aux majeurs ;
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et au système de santé ;
- Démarche qualité et les procédures de Certification : Pérennisation d'une démarche qualité par la mise en place de projet d'amélioration de la qualité (PAQ) des recommandations et l'organisation des certifications V1, V2007 et 2010 ;
- Visites et recommandations du Contrôleur général des lieux de privation des libertés (CGLPL) : Assurer l'organisation de la visite et garantir le suivi du pré rapport et du rapport final ;
- Loi du 2 mai 2005 Nouvelle Gouvernance, simplification du régime juridique de l'hôpital ;
- Mise en place ou restructuration des organes pilotes dans chaque domaine couvrant la DQRJU : la Commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en 2005/2008/2011, le Comité de pilotage qualité (CPQ), le réseau des Correspondants qualité/risques (CQR), le Comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS) et le Comité d'évaluation des risques professionnels (EvRP)
- Directeur Référent du pôle CRISTALES : Participation aux réunions de conseils et bureau de pôles, participation au projet de pôle et rencontres régulières avec le chef de pôle et le Directeur.
- Communication et information de toute action et tout projet de la DQRJU au moyen d'un portail dédié, plaquettes d'information…

Dans le cadre du Projet d'établissement 2011-2015, un travail collaboratif pour réaliser le volet «Organisation et Evaluation du Parcours de Prise en Charge (OEPPC) ». Ce projet a été fait par les équipes DQRJU en collaboration avec le Président et Vice-président de la CME, ainsi que la CRUQPC. Il est en cours de réactualisation par la DQRJU et la CRUQPC.

DANS LE DOMAINE DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE

Le cadre réglementaire de la démarche qualité et périodique des procédures de certification des établissements de santé a conduit le service qualité à structurer sa démarche en matière de qualité et de sécurité des soins afin de répondre à ces exigences.

La visite d'accréditation V1 et de certification V2007 par les experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont eu lieu respectivement en janvier 2005 et en février 2009. En amont de cette visite, la préparation de la procédure a été réalisée (mise en places des groupes d'auto-évaluation, groupes EPP, communication).

Les décisions de la HAS ont engagé l'établissement dans l'élaboration de Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ) sur les thématiques issues de leurs recommandations.

Ainsi, la réserve « Organiser la maintenance préventive et curative des bâtiments et des équipements en s'attachant à la surveillance de l'eau » formulée par la HAS en juin 2005, suite à l'accréditation V1 a été levée.

Six autres PAQ ont été mis en place à l'issue de la visite de certification V2007 (Identitovigilance, Sécurisation du circuit du médicament, Dossier du patient, Droits et informations du patient, Gestion des risques, Système d'information hospitalier) ont associé un ensemble de catégories professionnelles de l'établissement afin de définir et de mettre en place des actions d'améliorations. Le suivi et la coordination de ces actions ont été assurés par le service qualité.

En parallèle, le suivi de neuf Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) initiées en 2009 a été réalisé et permis de conduire une seconde évaluation pour quatre EPP avant la visite et cinq EPP à la suite de la visite de certification V2007.

De plus, le renforcement des exigences en matière d'EPP et les nouvelles obligations en lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC) a encouragé l'établissement à structurer cette démarche, avec la création d'une Commission EPP (sous-commission de la CME) dédiée et à l'élaboration d'une politique.

Les organes pilotes de la démarche qualité : COPIL qualité et réseau des correspondants qualité/risques ont fait l'objet d'une restructuration tant dans leur composition que dans l'évolution de leurs missions.

Par ailleurs, le développement du Système d'Information Hospitalier (SIH) a permis de faire évoluer la gestion documentaire papier mise en place en 2008, vers une informatisation en 2012, avec l'accessibilité sur intranet de l'ensemble des documents qualité. Parallèlement à ce déploiement le service qualité a procédé à une évaluation du système documentaire papier par les professionnels utilisateurs.

L'instauration du recueil obligatoire des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) en 2011 a permis à l'établissement de réaliser un audit de la qualité et de la tenue du dossier patient papier et d'assurer un suivi de ces indicateurs. Des actions d'améliorations découlant de ces résultats ont été réalisées avec la coordination du service qualité.

Les actions visant à améliorer la qualité des soins se poursuivent avec la prochaine visite de la procédure de certification V2010, prévue en novembre 2013 et la mise en place de PAQ sur des thématiques jugées prioritaires à conduire par l'établissement (Sécurisation du circuit du médicament, Identitovigilance, Dossier du Patient Informatisé) entre autres.

DANS LE DOMAINE DU RISQUE ASSOCIE AUX SOINS ET RISQUES PROFESSIONNELS

La démarche de prévention des risques professionnels a été enclenchée avec l'élaboration du Document Unique d'évaluation des risques professionnels (DU) et l'élaboration d'un rapport annuel Bilan Hygiène Sécurité Conditions de Travail (BHSCT). Ces documents ont permis à l'établissement de repérer les risques prioritaires sur lesquels travailler dans le cadre du Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIPACT).

Sur les risques associés aux soins, les réflexions initiées se sont concrétisées et un Comité de Coordination des Vigilances et des Risques associés aux soins (COVIRIS) a été mis en place.

Dans la continuité, le dispositif de déclaration et d'analyse des événements indésirables graves a été défini. Les membres du COVIRIS ont été formés à la gestion des risques et à la cartographie des risques pour laquelle les méthodes et outils ont été élaborés et testés.

Sur les risques liés à la prise en charge médicamenteuse, une analyse spécifique intitulée ArchiMed a été conduite au sein de l'ensemble des unités d'hospitalisation. Enfin, la semaine nationale de la sécurité des patients a été déployée et une enquête sur la culture sécurité a été menée lors de la dernière campagne.

Le dispositif de déclaration d'événement indésirable a évolué au cours des dernières années pour en améliorer le fonctionnement. La dernière évolution est la plus majeure et a porté sur l'informatisation du process de déclaration, d'analyse et de suivi des déclarations. En complément et pour répondre aux conclusions de l'enquête sur la culture sécurité, une charte déclarative et un mode d'emploi des événements indésirables à déclarer ont été diffusés pour clarifier les principes et l'objectif du dispositif et ré-orienter les déclarations sur le thème de la qualité et de la sécurité des soins.

L'enjeu est à présent de décliner le système de retour d'expérience existant au niveau des pôles et de promouvoir les démarches locales d'analyse des événements indésirables associés aux soins, type Comité de Retour d'Expérience (CREX) ou Revue Mortalité-Morbidité (RMM). Une articulation de l'ensemble de ces démarches permettra dans un second temps de mutualiser des enseignements sur les situations rencontrées et sur des actions d'amélioration, ainsi qu'à répondre au Développement Professionnel Continu (DPC).
Sur les risques professionnels, les efforts devront porter sur le thème des risques psychosociaux, en particulier ceux liés à la violence hospitalière, ainsi que sur la sécurité des personnes vis-à-vis des risques extérieurs.

DANS LE DOMAINE JURIDIQUE ET ASSURANTIEL

Le service des Affaires juridiques est né durant le précédent projet d'établissement, en 2005. Passée une période nécessaire afin d'assoir sa légitimité, il a été à l'origine d'un document essentiel dans la vie d'un établissement : le règlement intérieur, dont la mise à jour est actuellement en cours.

Par ailleurs, dans le but de clarifier et d'améliorer nos relations avec nos partenaires extérieurs, notamment la Police et la Justice, un projet de Convention entre l'EPS de VILLE-EVRARD et la Direction Territoriale de Sécurité Publique (DTSP) du 93 a vu le jour. Sa signature devrait avoir lieu au cours du projet d'établissement 2013-2017. Des déclinaisons locales (protocoles avec

les commissariats locaux) ont été élaborées. Des rencontres avec les commissariats et des fiches pratiques (Remise de stupéfiants) ont été réalisées et sont à venir.

Le service juridique assure le soutien du service des admissions et des services médicaux dans la mise en place de la Réforme des soins sans consentement. De nombreuses fiches explicatives ont été préparées et diffusées, à l'attention des agents, avant même la date d'application de la loi, des réunions d'informations ont été organisées, des outils (modèles de certificats, de décisions…) ont été créés. Cette anticipation a permis une mise en place de la réforme plus contrôlée. La veille législative dans ce domaine et la création d'outils utiles à tous, doit se poursuivre.

Enfin, les visites du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté ont été organisées au sein des services de soins. A l'issu des rapports du CGLPL et de ses recommandations, en collaboration avec le service des relations avec les usagers, des actions correctives seront mises en place en partenariat avec les services concernés.

DANS LE DOMAINE DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

Le service des relations avec les usagers (RU) a été créé en 2008, traduisant la volonté de l'établissement de donner toute son importance à ce domaine.

Au-delà de la gestion des dossiers courants tels la communication des dossiers médicaux, la gestion des réclamations, le service des relations avec les usagers a contribué à clarifier les droits des patients. Cela par l'élaboration de procédures (désignation de la personne de confiance, gestion des plaintes et des réclamations), l'actualisation et la création d'outils de communication à l'attention des usagers (Livret d'accueil et Questionnaire de satisfaction mis à jour, Affiches « Infos Doits – réclamations ») et par l'organisation de rencontres sur les droits des usagers avec les autorités : le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, le Conseil Economique et social.

Le service des relations avec les usagers assure également le secrétariat de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en charge.
Depuis sa restructuration fin 2008 et l'arrivée de nouveaux représentants des usagers, la CRUQPC est passée par plusieurs étapes de fonctionnement :

D'une instance d'information sur la qualité de la prise en charge, elle tend de plus en plus à constituer une instance de traitement des réclamations pour les sujets sensibles : présentation, discussion et prise de mesures nécessaires. Les médiateurs ont un rôle de conseil dans le cadre de l'examen de ces dossiers.
Le rôle des représentants des usagers est également valorisé à travers l'organisation d'une demi-journée dédiée (2009), une consultation accrue dans le cadre des dossiers examinés à la CRUQPC et une participation de plus en plus active lors de médiations.

En parallèle, la CRUQPC une instance incontournable concernant les projets relatifs à l'information aux droits des usagers.

Le service des RU est également chef de projet sur la thématique « Promouvoir la bientraitance et prévention de la maltraitance » en collaboration étroite avec la Direction des soins. Projet toujours en cours qui se poursuivra durant le projet d'établissement 2013-2017.

Enfin, la mise en place d'une Maison des Usagers sera l'un de ses projets phares pendant cette période.

DANS LE DOMAINE DES ADMISSIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Le service des admissions a pour mission principale la gestion des dossiers administratifs des patients admis en soins sans consentement. Il est le garant du respect des procédures réglementaires et par là-même, du respect des droits des patients pris en charge sous ce mode.

A ce titre, il a été le pilier de la mise en place de la Réforme des soins sans consentement de 2011. Son travail et ses contacts quotidiens avec les services de soins ont contribué à la bonne application des nouvelles normes et surtout à l'intégration d'un nouvel acteur dans la prise en charge : le Juge des Libertés et de la Détention (JLD).

Les liens étroits créés avec le Tribunal de Grande Instance et le coordonnateur des JLD ont facilité une communication parfois difficile entre des acteurs aux règles et aux objectifs parfois différents voir inconciliables. Cette collaboration doit perdurée et se renforcer davantage.

De même, en collaboration avec le service des affaires juridiques, les rencontres avec les services, mises en place dans ce cadre, doivent être pérennisées.

Parallèlement, afin de structurer une démarche d'accueil spécifique des usagers, le service des admissions a contribué à structurer l'accueil des détenus. Une procédure a été créée. Les changements à la Direction de la Maison d'Arrêt de Villepinte et la Préfecture ont quelque peu ralenti la signature de ce document qui devrait avoir lieu prochainement.

Une procédure régulant la prise en charge des « hors secteurs » a également été élaborée dans le cadre de cette démarche d'accueil spécifique. Sa mise à jour est programmée.
Enfin, une procédure sur l'accueil des patients relevant de l'irresponsabilité pénale verra le jour.

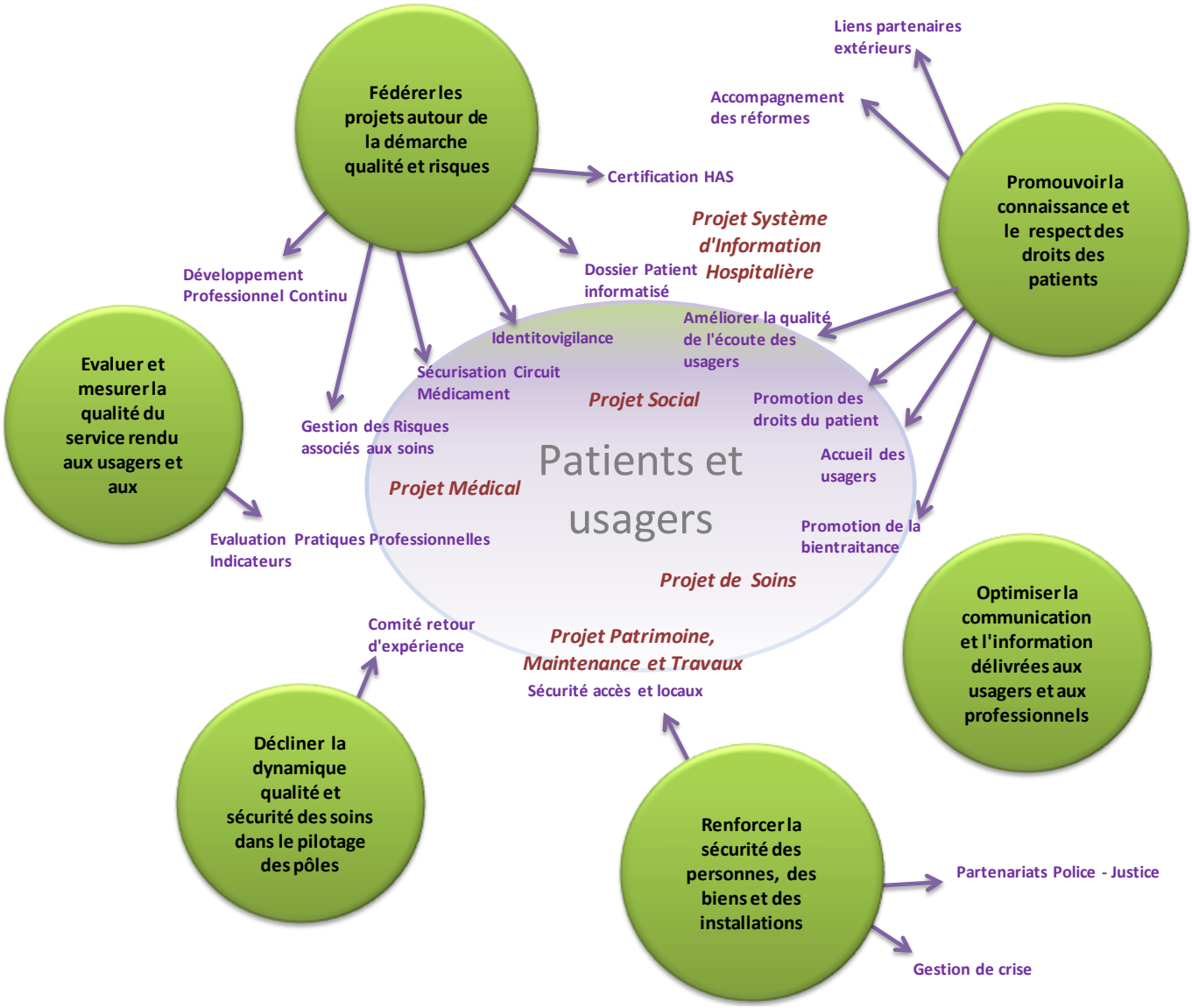
DANS LE DOMAINE DE LA PROTECTION JURIDIQUE DES PERSONNES PROTEGEES

La loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs est entrée en vigueur le 1er janvier 2009. Cette loi a profondément modifié les règles applicables aux différents régimes de protection juridique et posé de nouvelles exigences auxquelles le service des personnes protégées a dû se conformer comme la réalisation d'une notice d'information à l'attention de la personne protégée, l'obligation de formation du mandataire judiciaire à la protection des majeurs, la révision des mesures de protection prononcées avant l'entrée en vigueur de la réforme (procédure en cours). Une information des équipes médico-socio-éducatives de l'hôpital a par ailleurs été initiée par le service des personnes protégées afin de les sensibiliser aux divers changements opérés par la nouvelle loi.

En outre, un projet de convention avec le CHS de Maison Blanche en vue de mutualiser les deux services des personnes protégées est actuellement à l'étude.

SCHEMA SYNOPTIQUE

Le projet DQRJU « OEPPC » 2013-2017 vise à positionner l'usager au cœur des projets et secteurs de l'Etablissement dans le cadre d'une dynamique d'amélioration continue.


Fédérer les projets autour de la démarche qualité et risques
Certification HAS
Développement Professionnel Continu
Dossier Patient informatisé
Projet Système d'Information Hospitalière
Identitovigilance
Sécurisation Circuit Médicament
Gestion des Risques associés aux soins
Projet Social
Projet Médical
Patients et usagers
Projet de Soins
Projet Patrimoine, Maintenance et Travaux
Sécurité accès et locaux
Evaluer et mesurer la qualité du service rendu aux usagers et aux
Evaluation Pratiques Professionnelles Indicateurs
Décliner la dynamique qualité et sécurité des soins dans le pilotage des pôles
Comité retour d'expérience
Liens partenaires extérieurs
Accompagnement des réformes
Promouvoir la connaissance et le respect des droits des patients
Améliorer la qualité de l'écoute des usagers
Promotion des droits du patient
Accueil des usagers
Promotion de la bientraitance
Optimiser la communication et l'information délivrées aux usagers et aux professionnels
Renforcer la sécurité des personnes, des biens et des installations
Partenariats Police - Justice
Gestion de crise

AXES ET OBJECTIFS SYNTHETIQUES

AXE 1 - Promouvoir la connaissance et le respect des droits du patient : Démocratie sanitaire

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a placé les droits du patient au cœur du système de soins. D'autres dispositifs sont venus la compléter : Schéma directeur de la démocratie sanitaire, le Plan régional de santé, certification, multiplication des possibilités offertes aux usagers de faire valoir leurs droits (pôle santé du défenseur des droits, CGLPL).

La connaissance et le respect des droits du patient sont au cœur de la démocratie sanitaire et restent cependant à parfaire et à promouvoir.
L'une des missions de la DQRJU, en étroite collaboration avec la CRUQPC (porteuse du projet) est de placer cet objectif au centre des préoccupations institutionnelles.
Les représentants des usagers de la CRUQPC ont mis l'accent sur l'accueil, la prise en charge et l'information à savoir :

- La promotion des droits du patient via l'information sur le mode d'hospitalisation et sur les voies de recours ;
- L'évaluation de la satisfaction du patient et lien de confiance soignant/soigné ;
- Les modalités d'information de la famille, dans la limite du secret professionnel, tout au long de la prise en charge et sur les partenaires extérieurs-ressources.

L'EPS de Ville Evrard propose à travers cet axe de promouvoir les droits des usagers en intégrant dans son projet d'établissement les thématiques clés.

OBJECTIF 1 : STRUCTURER LA DEMARCHE D'ACCUEIL DES USAGERS, DE LEURS FAMILLES ET DES ACCUEILS SPECIFIQUES

L'accueil est une étape fondamentale dans la prise en charge du patient et constitue la 1ère approche du patient avec l'institution.

Cet accueil passe par la formalisation de certaines démarches qui s'inscrivent dans le droit des usagers, plus particulièrement pour les patients hospitalisés : remise du livret d'accueil,

inventaire des effets personnels, information sur le mode de prise en charge, proposition de désignation d'une personne de confiance…

Mais au-delà de ce formalisme, l'accueil est aussi le moment où se tissent les premiers liens avec l'équipe, avec le soin.

- **CONTRIBUER A LA QUALITE DE L'ACCUEIL DES PATIENTS ET DES FAMILLES**

L'EPS de Ville Evrard soucieux de la qualité de l'accueil et garant de l'information sur les droits des usagers, formalise et met à la disposition des professionnels et des usagers des outils d'information tels que les procédures, affiches, autres documents d'informations (cf. optimiser l'information sur les droits).Certains documents doivent être réactualisés, d'autres à créer au regard de l'évolution de la législation.

Par ailleurs, avec le projet de restructuration du site de Neuilly sur Marne, la création d'une Maison des usagers est envisagée, espace à part entière d'accueil et d'échange pour les patients et les familles.

Une Maison des usagers représente une passerelle entre les patients, leurs familles ainsi que des associations partenaires. Ce n'est ni un lieu de soins, ni un lieu de règlement des « réclamations-conflits ». Cette structure devra constituer un lieu d'écoute, de soutien et d'échanges, notamment afin de mieux appréhender les problèmes liés à la maladie psychique et accompagner le patient et son entourage dans les différentes étapes du parcours de soins.
Ce dispositif tente de donner un contenu concret à la notion de démocratie sanitaire développée dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et qualité du système de santé.

Les familles des patients doivent être considérées comme des usagers à part entière. Elles ont des droits mais également des devoirs au sein de l'établissement dans le cadre des liens qu'elles sont amenées à tisser avec le patient, pris en charge par nos structures et les équipes pluri-professionnelles. A ce titre, elles doivent bénéficier d'un accueil et d'une information appropriées.

Au-delà de l'accueil des patients, les familles qui les accompagnent sont également un véritable partenaire des équipes de soins et à ce titre doivent bénéficier d'un accompagnement adapté/spécifique.

- **ACCUEILS SPECIFIQUES**

L'établissement doit également structurer une démarche d'accueil plus spécifique à l'égard des usagers compte-tenu des difficultés d'organisation induites par la prise en charge de certains patients : détenus, Irresponsabilités pénales, hors secteurs.

- **LES DETENUS**

Le nombre croissant de détenus accueillis dans l'établissement ces dernières années nous a conduit à formaliser leur prise en charge permettant ainsi de faciliter et de clarifier l'organisation dès le transfert.
Du fait des contraintes liées à la spécificité de ces accueils, nonobstant leur courte durée, une réelle prise en compte du respect des droits des personnes en cours d'incarcération et hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat s'est avérée essentielle via la création d'une procédure.

Elle se veut évolutive et représente un véritable support pour couvrir de façon concrète tous les aspects de la prise en charge des détenus hospitalisés.
Le lien tissé avec les différents partenaires concernés par cette procédure devrait favoriser cette évolution tant en termes de qualité de prise en charge qu'en termes de sécurité des soins.

- **LES IRRESPONSABILITES PENALES**

En outre, l'établissement assure l'accueil de personnes relevant de l'article 122-1 du Code Pénal et de l'article 706-135 du Code de Procédure Pénale. Il s'agit de personnes en détention provisoire ou libres mais en attente d'audience pour lesquelles un jugement d'irresponsabilité pénale est rendu, les amenant ainsi à relever uniquement d'une prise en charge en milieu psychiatrique.
L'évolution du nombre de patients reçus dans ce cadre va également appeler la formalisation de la démarche visant à faciliter le transfert assuré par les équipes soignantes en lien étroit avec la Délégation Territoriale du 93.

- **LES HORS SECTEURS**

Même si l'établissement a pour vocation d'accueillir des personnes résidant sur le département de la Seine Saint-Denis, l'admission de patients hors cette résidence s'avère inévitable (sans domicile fixe, hors département 93, arrivant d'un pays étranger, en transit sur le territoire français…).

La DQRJU, eu égard au souci d'équité quant aux nombres de patients relevant du hors secteur accueillis par chaque service, a élaboré, en associant des partenaires médicaux, une procédure précisant tous les aspects à prendre en compte pour l'orientation de la personne.

La DQRJU est à l'écoute des services des soins et des difficultés et tente au mieux de garantir la prise en charge et l'accueil de qualité, dans le strict respect de la loi.
La procédure va faire l'objet d'une révision régulière qui permettra de répondre aux évolutions des situations et des contraintes liées à la particularité de ces accueils.

OBJECTIF 2 : AMELIORER LA QUALITE DE L'ECOUTE DES USAGERS ET DES AIDANTS

L'établissement met à la disposition de ses patients des questionnaires de satisfaction à remplir à leur sortie. Les modalités de distribution et de collecte diffèrent en fonction des services, produisant des taux de réponses faibles. Ces taux stagnent à un niveau très bas.
Dans le cadre de la réactualisation du questionnaire, il est nécessaire d'analyser les différentes méthodes employées et définir un protocole approprié.

L'établissement peut aussi réaliser annuellement des évaluations ciblées de la satisfaction des usagers. Ces évaluations peuvent porter sur des thèmes spécifiques.

Il convient également de renforcer l'écoute des aidants, accompagnants de proximité en particulier familiaux et de tenir compte des résultats de l'action des associations d'usagers et de familles, au bénéfice des patients.

Il convient de renforcer l'accompagnement du parcours du patient par une éducation des citoyens et des acteurs de première ligne : proches aidants, médecin généraliste, services d'urgence et police pour réduire la discrimination qui frappe la personne atteinte de troubles psychiatriques.

Enfin, en application de la loi du 5 juillet 2011, les observations sur les décisions concernant les patients sont recueillies.

OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR LES DROITS DES USAGERS

- **OPTIMISER L'INFORMATION DES USAGERS SUR LEURS DROITS**

L'information des usagers du système de santé tient un rôle déterminant dans la loi du 4 mars 2002. L'établissement doit veiller à ce que le patient reçoive une information claire et adaptée qui lui permet d'être actif dans le cadre de sa prise en charge. Des supports d'information existent (affichage, livret d'accueil, information, charte et notice d'information pour personnes protégées, notice d'accès au dossier patient…), mais doivent être perpétuellement actualisés au regard de l'évolution de la législation et des pratiques. D'autres sont à créer.

La particularité de notre établissement et des patients qu'il accueille (patients hospitalisés sans consentement, majeurs sous protection juridique), nous oblige à être particulièrement vigilants concernant les informations délivrées, notamment sur les voies de recours.

Une traçabilité des informations reçues par le patient - son mode d'hospitalisation, ses droits, ses voies de recours - a déjà fait l'objet de discussion lors des évaluations des pratiques professionnelles. Le taux de retour des justificatifs d'information réclame encore actuellement un suivi attentif pour, à court et moyen termes, envisager un dispositif fiable qui permette de vérifier que chaque patient a pris connaissance de son mode d'hospitalisation et des procédures de recours s'y afférant.

La prise en charge de patients hospitalisés sans consentement et de majeurs sous protection juridique implique une information spécifique. La DQRJU propose des documents dédiés qui s'adressent autant aux usagers (charte et notice d'information de la personne protégée…) qu'au personnel de l'établissement (procédure sur la désignation de la personne de confiance, sur la gestion des biens et des valeurs des patients, sur la mise sous protection juridique d'une personne majeure).

Au-delà de proposer de mettre à disposition des documents d'information sur les droits des usagers, un projet de permanence d'accès au droit va être mis en œuvre.
Sous l'égide du Tribunal de Grande Instance (TGI), le Point d'Accès aux Droits (PAD) est un lieu d'accueil gratuit par un juriste du TGI permettant d'exercer une mission d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation des usagers. Il délivre une information juridique de proximité sur leurs droits et devoirs aux patients ayant à faire face à des problèmes juridiques ou administratifs.

Les permanences permettront un accès à des informations en matière de droit de la famille, droit du travail, droit du logement, prévention des expulsions, droit des étrangers…

Les droits du patient impliquent aussi des devoirs et obligations sur lesquels l'établissement met également l'accent.

- **S'ASSURER DE LA QUALITE DE L'INFORMATION MEDICALE ET INSTITUTIONNELLE DELIVREES AU PATIENT ET DU CARACTERE ECLAIRE DE SON CONSENTEMENT**

Les professionnels de santé doivent donner une information claire au patient et s'assurer de son consentement éclairé (comprise par lui). Même si l'information donnée au patient, qui n'est pas à un moment donné dans son état de compréhension, il convient de respecter les étapes suivantes :

- Donner une information complète et compréhensive, de façon personnalisée, éventuellement à plusieurs reprises et avec des interlocuteurs différents ;
- S'assurer de son consentement éclairé ;
- Conserver la traçabilité de l'information donnée.

L'information du patient lors de la survenu de dommages (graves) liés aux soins est une obligation. Il n'est pas toujours aisé de savoir que dire, à quel moment et dans quelles conditions. La crainte du contentieux constitue un frein à cette information. L'établissement décide d'engager une vraie démarche de réflexion et de formation sur cette question permettant de donner aux professionnels des outils leur permettant d'adopter l'attitude la plus adaptée possible.

Favoriser la formation, l'accompagnement et la sensibilisation des professionnels de santé dans une logique de renforcement du rôle des usagers sur leur droit.

La médiation est un dispositif permettant d'améliorer l'accès à l'information relative aux droits des patients et aux soins. Le développement de la médiation peut-être un levier fort d'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des usagers par la mise en place d'un guide des bonnes pratiques de la médiation.

- **PROMOUVOIR LES DROITS DES PATIENTS A LA LUMIERE DES RECOMMANDATIONS DES AUTORITES EXTERIEURES**

Le Contrôleur Général des Lieux de Privations de Liberté (CGLPL) a été institué par la loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007. Celui-ci peut *« visiter à tout moment (…) tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement visé à l'article L3222-1 du Code de la Santé Publique (CSP)».*
La lecture des différents rapports de visite et recommandations aux établissements permet de définir une grille de lecture des attentions particulières portées aux établissements psychiatriques par le CGLPL.

- L'information donnée aux patients et l'exercice de leurs droits
- Les conditions matérielles de l'hospitalisation
- La vie collective et sociale
- Le projet thérapeutique
- Les rapports avec le personnel
- La contention
- L'hospitalisation des détenus
- Les conditions de travail et de formation des agents

La DQRJU répond à ces exigences en travaillant sur ces thématiques en collaboration avec les professionnels et les instances concernés afin de dégager des axes d'amélioration.
Les visites des CGLPL sur les sites de Saint-Denis, Aubervilliers, Bondy et Neuilly sur Marne sont venues renforcer cet objectif.

L'établissement reste également attentif aux recommandations formulées par d'autres autorités telles que la HAS à l'issue de la visite de certification.

- **INSCRIRE LA PROMOTION DES DROITS DES USAGERS DE VILLE-EVRARD DANS LA LOGIQUE DE PARCOURS DE VIE DE SANTE**

A partir de 2013 et pour les années à venir, l'établissement participera et s'inscrira dans le dispositif de labélisation et de concours sur les droits des usagers de la santé en présentant et valorisant les expériences exemplaires en termes de projets innovants et reproductible en matière de la promotion des droits des patients.

L'établissement veillera à présenter des projets avec les caractéristiques suivantes : Projets modélisables, transposables en associant les usagers (qu'ils en aient eu l'initiative ou qu'ils y participent), s'inscrivant dans la durée. Des projets développés avec des supports informationnels et pédagogiques.

OBJECTIF 4 : PROMOUVOIR ET SOUTENIR LES DEMARCHES DE BIENTRAITANCE

La DQRJU souhaite développer une réflexion institutionnelle sur la prise en charge des personnes vulnérables en raison de leur état de santé notamment via la promotion de la bientraitance.
Une démarche de bientraitance vise à rendre les organisations plus respectueuses des besoins et des attentes des personnes, à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.

Un groupe de travail pluri-professionnel co-piloté par la DQRJU et la Direction des Soins a vu le jour en 2011. Ce groupe a vocation à encourager une réflexion constante sur les pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients et à promouvoir la bientraitance via la création d'actions de formation et de sensibilisation (enquête, journée à thème, charte…)
Les propositions qui seront présentées par le groupe de travail s'inscrivent dans une démarche continue en vue d'une dynamique d'amélioration des pratiques individuelles et collectives.

OBJECTIF 5 : ACCOMPAGNER LES EVOLUTIONS LEGISLATIVES ET LA MISE EN PLACE DES REFORMES

Certaines lois sont venues (ou sont à venir) réformer nos pratiques. La DQRJU s'applique donc à les mettre en œuvre au sein de l'établissement dans les meilleures conditions possibles.

Les dispositifs définis par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a remodelé profondément les règles désormais applicables à la protection juridique de ces majeurs et modifié nos pratiques. Les principes de la loi sont axés sur un recentrage de la personne protégée au sein du dispositif et nécessitent un travail collaboratif accru de tous les acteurs intervenant dans la prise en charge du patient. L'accompagnement institutionnel des personnes protégées appelle un véritable partenariat entre les équipes médico-socio-éducatives et le service des personnes protégées. Ce partenariat doit être développé et maintenu pour mener à bien des projets de qualité favorisant dans la mesure du possible le retour à l'autonomie des personnes protégées.

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge est venue modifier les pratiques en matière de soins sans consentement. Cette réforme est venue consolidée les droits des patients sous contrainte en mettant en œuvre de nouvelles dispositions telle l'intervention obligatoire du JLD dans le dispositif de soins, le renforcement de l'information données aux usagers, l'élargissement des modalités de soins en soins ambulatoires, l'organisation et la prise en charge des patients en urgence en cas de péril imminent.

Après deux premières phases (étude du projet de loi et création des outils mis à disposition des professionnels, mise en application de la réforme), un bilan et une adaptation au plus près des pratiques est désormais nécessaire.
De nouvelles modifications sont prévues suites à la décision du Conseil Constitutionnel d'avril 2012 (QPC 2012-235).

Le rôle de la DQRJU a été, et continuera à être, central dans l'application et l'accompagnement des professionnels à la mise en place de cette loi et des nouvelles à venir.

OBJECTIF 6 : RENFORCER LES LIENS EXISTANTS AVEC LES PARTENAIRES EXTERIEURS : ARTICULATION SANITAIRE-JUSTICE

Les vides juridiques, les questions de responsabilités ainsi qu'une méconnaissance mutuelle des obligations de chacun sont souvent à l'origine des difficultés rencontrées dans les rapports avec les partenaires externes.

Avec la mise en place de la Loi du 5 juillet 2011 réformant les soins sans consentement, les échanges sont donc à renforcer, des rencontres régulières à organiser et des protocoles à formaliser.
L'objectif est de développer, structurer, conforter les partenariats existants afin de fluidifier les relations.

Les acteurs sont multiples et diversifiés : ARSIF, DT93, Préfecture, Mairies, TGI de BOBIGNY, partenaires sociaux, tribunaux, commissariats de police, Juges des Tutelles, Administrations pénitentiaires… Ces relations contribuent à améliorer la prise en charge du patient et à optimiser les conditions de travail.
Créer des contacts et établir des relations privilégiées avec les intervenants extérieurs, échanger avec des « personnes ressources » qui sont sensibilisées à la particularité de notre domaine d'intervention renforce notre dynamique de travail et notre efficacité auprès des usagers.

La Loi HPST met l'accent sur le développement de la coopération entre partenaires de santé (sanitaire, médico-social, social, médecine légale, associations,…)

La DQRJU se propose de soutenir et d'accompagner les professionnels dans la mise en place de ces coopérations (Groupement de Coopération Sanitaire, Communauté Hospitalière de Territoire, Conventions, partenariats, etc.).

Dans le cadre des coopérations, l'établissement est en train de mutualiser un partenariat avec le Centre hospitalier de MAISON BLANCHE sur la gestion déléguée de la fonction du Mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Axe 2 : Fédérer les projets autour de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

OBJECTIF 1 : SECURISER LES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE EN PRIORISANT LES PROCESSUS A RISQUES : SECURISER LE CIRCUIT DU MEDICAMENT, STRUCTURER L'IDENTITO-VIGILANCE ET INFORMATISER LE DOSSIER DU PATIENT

- **Sécuriser les parcours de prise en charge par la mise en œuvre d'un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

Les exigences en termes de qualité, de sécurité des soins et de gestion des risques associés aux soins se sont considérablement renforcées au cours des dernières années. Ces thématiques ont eu tendance à être perçues et abordées comme relevant de démarches d'établissement, avec pour référence la procédure de Certification. Elles sont à présent de plus en plus intégrées et imbriquées avec l'exercice clinique.

La Psychiatrie suit la même évolution que les autres spécialités pour lesquelles les actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins font partie du fonctionnement normal des services, avec la mise en œuvre de Revue Mortalité – Morbidité, de Comité de Retour d'Expérience ou encore de recommandations de bonnes pratiques élaborées par les sociétés savantes.

C'est en ce sens que la mission d'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est confiée au président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) tout en associant la communauté paramédicale dans le cadre de la Commission des soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT). Cette politique sera déclinée dans un programme d'actions révisé annuellement qui reprendra les axes forts développés dans les différentes composantes du projet d'établissement, en particulier le Projet Médical et le Projet de Soins :

- La sécurisation du circuit du médicament ;
- La maîtrise de l'identification des patients ou Identitovigilance ;
- L'informatisation du dossier patient ;

- La promotion de la bientraitance.

Ces points, constituent des axes forts du projet d'établissement sur le thème de la sécurisation de la prise en charge portent.

Ils serviront de fil conducteur dans l'élaboration des programmes d'actions et de l'engagement de l'ensemble de la communauté hospitalière tout au long de la durée du Projet d'Etablissement.

Ce programme intégrera les contributions de la CRUQPC, du Comité Local d'Ethique (CLE), le Comité de Pilotage Qualité (CPQ) et les actions définies par les commissions et comités chargés de la qualité et de la sécurité des soins, sous commissions de la CME :

- Le Comité de Coordination des Vigilances et des Risques associés aux soins (COVIRIS) ;
- La Commission Evaluation des Pratiques Professionnelles (C.EPP) ;
- Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ;
- Le Comité des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) ;
- Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) ;
- Le Comité de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN).

Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisations tel que le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) seront également prises en compte en vue de leur déclinaison au sein de l'établissement.

Pour assurer la bonne coordination et la supervision de l'ensemble des actions, la CME et la Direction de l'établissement s'appuieront sur la DQRJU et sur le médecin coordonnateur des vigilances et de la gestion des risques associés aux soins. Ceux-ci seront notamment chargés de faire la synthèse des projets, d'articuler et d'animer les travaux des différentes démarches convergentes que sont :

- La gestion des risques associés aux soins pilotée par le COVIRIS ;
- L'évaluation des pratiques professionnelles pilotée par la Commission EPP ;
- La Qualité et la Certification pilotées par le COPIL Qualité.

L'ensemble des actions seront regroupées dans un programme unique comportant des indicateurs pour le suivi des objectifs, reprenant les indicateurs nationaux. Il sera organisé selon plusieurs chapitres :

- Les axes forts du projet d'établissement en matière d'organisation de la prise en charge, de la qualité et de la sécurité des soins (dont la sécurisation du circuit du médicament et l'informatisation du dossier patient) ;
- La lutte contre les infections nosocomiales ;
- Le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- Les dispositifs de vigilance sanitaire et de gestion des événements indésirables associés aux soins ;
- La prise en charge de la douleur ;
- La prévention de la maltraitance ;
- D'autres priorités identifiées sur la base de la procédure de Certification, de la cartographie des risques, des résultats des EPP, des indicateurs et des rapports d'inspection.

A ce titre, le programme fera l'objet d'un rapport annuel destiné à regrouper et à synthétiser l'ensemble des informations nécessaires pour suivre et réajuster les objectifs. Il aura également comme objectif de développer la culture qualité et sécurité et comprendra ainsi des actions de formation et de communication, comme le déploiement annuel de la campagne de sensibilisation « Semaine de la sécurité des patients » ou la formation des fonctions d'encadrement lors de leur arrivée dans l'établissement. Les actions seront déployées au sein des pôles tout en valorisant leurs initiatives et en encourageant la mise en place de dynamiques propres d'amélioration.

Si cette démarche se concentre sur la sécurité des patients, elle intégrera également la dimension qualité de vie au travail dans le cadre d'une gestion globale des risques. En effet, la qualité et la sécurité des soins pour les patients sont indissociables de la qualité de vie au travail des professionnels. Les questions de risques professionnels, en particulier en ce qui concerne la violence hospitalière, renvoient à l'organisation des prises en charge tout comme les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le Document Unique d'évaluation des risques professionnels et l'analyse des accidents de travail et des situations de violence doivent ainsi être pris en compte dans la définition des actions. Pour cela, la DQRJU s'articulera avec le Projet Social pour assurer une analyse globale des

risques et des plans d'actions, en particulier par rapport aux travaux engagés sur les risques psychosociaux et l'Observatoire Local de la Violence Hospitalière. De cette manière, l'amélioration des organisations de prise en charge prendra en compte dans une approche intégrée, à la fois les dimensions risques et professionnels et amélioration des conditions de travail et qualité et sécurité des soins.

Enfin, l'objectif de sécurisation des parcours de prise en charge s'appliquera aux projets relatifs à la mise en place de nouvelles organisations de prise en charge. Sur les projets de relocalisation de Montreuil et d'extension du site d'Aubervilliers, l'établissement a affiché sa volonté de tirer les enseignements des précédents transferts d'activités. Ces projets représentent une opportunité d'amélioration des prises en charge. La démarche de gestion des risques a priori appliquée à ceux-ci permettra de conduire des analyses destinées à prévenir les dysfonctionnements plutôt qu'à les corriger. Sur d'autres priorités telles que les dispositifs de réponse à l'urgence, l'accueil et à la crise, la prise en charge des malades au comportement difficile ou encore les projets poursuivis dans le champ médico-social, elle permettra d'apporter un cadre méthodologique aux pilotes de projet pour étudier des solutions complémentaires aux orientations organisationnelles des secteurs.

De nombreux processus en interdépendance caractérisant l'activité d'un hôpital. La qualité du service rendu aux patients dépend de la qualité du soin prodigué et de sa prise en charge globale.

Dans un parcours de prise en charge, une identification des processus ont une forte incidence sur la qualité et la sécurité des prestations servies aux patients et la mise en place de dispositifs en vue de leur maîtrise.

Il est nécessaire d'instaurer une dynamique dans le cadre de prise en charge du patient. Parmi les principaux parcours concernés et à la lumière des décisions de la certification V2007, citons plus particulièrement des pistes de progrès sur les thématiques Circuit du médicament, Identitovigilance, et le dossier du patient.

Le service qualité a pour rôle d'accompagner, de coordonner et de suivre la mise en place de démarches d'amélioration de la qualité, qui n'est possible qu'avec la participation et l'implication de tous.
Le service gestion des risques intervient dans la phase d'état des lieux/diagnostics de ces projets afin d'identifier les risques inhérents et d'établir des préconisations. Il dresse un bilan annuel des actions conduites dans le cadre du rapport annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

- **Sécuriser le circuit du médicament**

Ce projet présente plusieurs enjeux :

- Sécuriser l'ensemble des étapes du circuit du médicament (prescription, dispensation et administration) en prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable ;
- Administrer le bon médicament, au bon moment, à la bonne dose, selon la bonne voie d'administration, au bon patient ;
- Répondre aux exigences réglementaires (Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé), ainsi qu'aux recommandations émises lors de la certification V2007 et aux exigences de la certification V2010.

Le circuit du médicament implique un grand nombre d'acteurs, dont le système d'information hospitalier et la logistique, ce qui nécessite la mise en place d'un pilotage élargi et pluri-professionnel par la Directrice DQRJU (représentant de la Direction générale) - Pharmacien Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse (RSMQPECM) - Chef de pôle (représentant de la CME) et de structures de pilotage pour associer le plus possible les professionnels :

- ***Un COPIL décisionnel***, composé des 3 co-pilotes qui ont pour principales missions de suivre l'avancée du projet, de prendre les décisions stratégiques requises et d'arbitrer sur les priorités.
- ***Un COPIL opérationnel***, composé de catégories pluri professionnelles, il a pour mission de suivre l'avancée de la mise en œuvre du projet de sécurisation du circuit du médicament et de participer aux travaux s'y reportant.

Pour assister l'établissement dans la mise en œuvre et l'accompagner dans la phase opérationnelle du projet qui s'étend de septembre 2012 à novembre 2013 (date de la visite de certification V2010), l'établissement bénéficie d'un accompagnement par un cabinet de conseil : GE Healthcare Performance Solutions. Après les phases 1 et 2 de diagnostic et de préconisation de plans d'amélioration, l'établissement est entré depuis février 2013 dans la phase 3 de ce projet « mise en œuvre des plans d'amélioration » qui comprendra des actions échelonnées sur les années à venir.

- **Structurer l'identito-vigilance**

Dans la continuité de la procédure de Certification V2007, une politique d'Identitovigilance a été élaborée et décrit le dispositif de pilotage pour sécuriser l'identification du patient. Ces organisations s'appuient notamment sur un COPIL Qualité – Autorité de Gestion de l'Identité et une Cellule d'Identitovigilance composée des représentants des logiciels métiers et de professionnels utilisateurs.

Une fonction de Technicienne en Identitovigilance a été mise en place pour la gestion opérationnelle des erreurs et des interventions sur l'identification des patients, en s'appuyant sur des modes de fonctionnement définis (procédure de signalement d'anomalie d'identité). Des documents ont été élaborés et diffusés pour encadrer les bonnes pratiques relatives aux diverses opérations sur l'identité (admission administrative du patient). Des actions correctives sur le plan technique ont été mises en œuvre pour prévenir les problèmes d'interconnexion entre les applications.

Cette démarche se poursuivra en accentuant la dimension formation et diffusion des bonnes pratiques pour prévenir les opérations sources de dysfonctionnements, en particulier sur le logiciel médicamenteux GENOIS, et promouvoir l'utilisation de l'identifiant unique du patient (impression d'étiquettes pour identifier les éléments du dossier patient). Elle sera menée en interface avec les autres projets se répercutant sur le système d'information de manière à prévenir les risques liés à l'implémentation de nouvelles applications, telles que le dossier patient informatisé.

- **Informatiser le dossier du patient**

Véritable outil de partage des informations, le dossier du patient permet de garantir la continuité des soins et une meilleure coordination. C'est un élément clé dans la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins. Le rôle et les responsabilités des différents acteurs pour la tenue du dossier du patient doivent être définis et connus.

Le dossier du patient répond à une réglementation précise et revêt une valeur juridique particulièrement importante en cas de contentieux. Il est accessible au patient. La qualité de la gestion du dossier du patient est donc porteuse d'enjeux d'amélioration importants.

Alors que le dossier papier révélait un cloisonnement des informations, le Dossier Patient Informatisé (DPI) répond à la commande obligatoire, régie par la loi 30 mars 1992 et renforcée par la loi du 4 mars 2002, d'un regroupement des informations « administratives », médicales et paramédicales. De plus, les risques d'erreurs et d'insécurité des informations peuvent considérablement diminuer. Cette mémoire peut aussi être utilisée à des fins collectives comme participer à l'évaluation de la qualité des soins ou à la gestion des dépenses de santé.

Dans ce cadre, ce projet impliquant toutes les catégories professionnelles de l'établissement et en particulier la communauté médicale et la Direction des Soins Infirmiers et de la Rééducation Médico-technique (DSIMRT) sera conduit à compter du 2ème semestre 2013.

OBJECTIF 2 : ACCOMPAGNER LES AUTRES PROJETS QUALITE / RISQUES EN PRENANT EN COMPTE LES EXIGENCES ET RECOMMANDATIONS DE LA CERTIFICATION HAS

Des Programmes d'Amélioration de la Qualité (PAQ) ont été définis sur les thématiques relevant des recommandations émises par la HAS, permettant d'analyser les processus défaillants et de mettre en œuvre des actions correctives. Ils font l'objet d'un suivi attentif.
La mise en œuvre et la poursuite des PAQ permettent à l'établissement de s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

Les exigences du manuel de certification V2010 ciblent davantage l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et l'information des usagers.
La DQRJU - en étroite collaboration avec la CME et la CSIRMT - est garant de la mise en œuvre de la procédure de certification. Il est notamment chargé de l'accompagnement des professionnels (formations, auto-évaluation) et de l'organisation logistique (groupes de travail, visite de certification). La certification permet de pérenniser la démarche qualité.

- **Thématiques prioritaires :**

Au vu des thématiques érigées en Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) du manuel de certification V2010 et des priorités du Ministère de la santé, d'autres thèmes sont identifiés comme prioritaires dans le projet médical et le projet de soins 2013-2017 et déclinés dans le programme d'actions qualité-gestion des risques :

- l'amélioration de l'accès aux soins somatiques pour les patients ;
- la contention thérapeutique et les bonnes pratiques de mise en chambre d'isolement ;
- la douleur (thématique traitée en coordination avec le CLUD) ;
- la nutrition (thématique traitée en coordination avec le CLAN) ;
- la bientraitance (thématique à traiter en coordination avec la CRUQPC).

L'ensemble des professionnels de santé est concerné par ces thématiques sur lesquelles l'établissement est engagé ou va devoir s'engager. Dans ce cadre, le service qualité assurera un appui méthodologique, un accompagnement, la coordination et le suivi de ces projets. Leur réussite est corrélée avec l'implication de la communauté hospitalière.
Le service gestion des risques intervient dans la phase d'état des lieux /diagnostics de ce projet afin d'identifier les risques inhérents et d'établir des préconisations. Il dresse un bilan annuel des actions conduites dans le cadre du rapport annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

- **Gestion documentaire :**

La mise en place d'un système documentaire accessible à tous les professionnels et leur information est une exigence de la Haute Autorité de Santé (HAS) et contribue à accompagner et coordonner l'amélioration de la qualité. Il constitue la mémoire d'un savoir-

faire et des bonnes pratiques, il reflète l'organisation de l'établissement et permet d'harmoniser les pratiques.

Initié par le Service qualité et la Direction des soins il y a plusieurs années, le système documentaire a été élaboré et structuré en thématiques. Prenant la forme de sept classeurs de documents qualité, cette organisation a été déployée sur l'ensemble de l'établissement en décembre 2008.

Le service qualité a informatisé le système documentaire en reproduisant l'architecture documentaire papier sur le site intranet de l'établissement, dans la rubrique « Gestion documentaire » de la page DQRJU. Cette informatisation permet de faciliter l'accès aux documents qualité par les professionnels et de garantir l'accès à la dernière version des documents. Un travail d'actualisation des classeurs de documents qualité est en cours, notamment avec la direction des soins pour les protocoles de soins, suite à une demande forte formulée par les professionnels dans le projet de soins 2013-2017.
Le système documentaire sera réévalué de façon régulière.

OBJECTIF 3 : STRUCTURER, DEVELOPPER ET EVALUER UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE / ECO-RESPONSABILITE

La volonté d'un volet spécifique dans le projet d'établissement de Ville-Evrard sur ce thème reflète la volonté et l'engagement de l'établissement d'inscrire l'ensemble des choix professionnels dans un cadre respectueux des enjeux environnementaux.

Devenu, une composante essentielle de la stratégie des établissements de santé, le développement durable permet de réconcilier les démarches qualité déjà existantes en posant de nouvelles questions et en affinant le raisonnement sur :

- les valeurs, missions, activités d'un établissement de santé et ses notions de responsabilité sociale et environnementale ;
- la démarche d'amélioration continue de la qualité dans une perspective de continuité et de durabilité ;
- la gestion des risques avec les risques environnementaux, sociaux et économiques ;
- un système de soins respectueux de l'homme et de son environnement.

De plus, l'exercice des missions de l'établissement implique la mise en cohérence de plusieurs logiques également importantes dans le processus de soins :

- répondre aux besoins des usagers (patients, acteurs économiques et institutionnels) ;
- préserver les personnels ;
- assurer des prestations de qualité ;
- rechercher l'efficience économique ;
- préserver notre environnement ;
- organiser le "soin durable" et favoriser l'éco-conception du soin.

Du fait de la complexité des contraintes hospitalières, de leur interdépendance et parfois même des apparentes contradictions qu'elles génèrent, la réussite de la mise en œuvre d'un tel projet est conditionnée par l'amélioration de nos fonctionnements en interne, mais aussi de l'engagement de l'ensemble de nos partenaires.

Il convient de formaliser la stratégie de l'établissement en matière de développement durable. Pour ce faire, l'établissement a défini **5 objectifs** :

1. Identifier, coordonner et sensibiliser les acteurs incontournables en matière de développement durable ;
2. Engager des actions en faveur de la maitrise d'énergie et de la réduction des émissions des gaz à effets de serre ;
3. Structurer une démarche de réductions des déchets et effluents ;
4. Poursuivre et étendre la stratégie d'achats éco-responsable ;
5. Favoriser une politique social en faveur des agents de l'hôpital.

Par ailleurs, de nombreuses actions sont déjà conduites au sein de l'établissement dans le sens d'une plus grande prise en compte de la protection de l'environnement et du développement durable, elles seront bien entendu intégrées dans le programme relatif au développement durable.

Les objectifs définis se déclineront sous la forme d'un programme et d'un plan d'actions pluriannuels qui feront l'objet d'un suivi, et de réajustements réguliers.

Les directions fonctionnelles concernées par les objectifs seront identifiées comme responsables des actions. Le service qualité apportera son aide méthodologique afin de coordonner ces actions et d'en prévoir leur évaluation et leur suivi.

Axe 3 : Décliner la dynamique qualité et sécurité des soins dans le pilotage des pôles

L'établissement a décidé de renforcer et de structurer sa démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge et des soins prodigués, ainsi que la maîtrise de l'ensemble des risques.
La volonté de la communauté hospitalière est que cette démarche soit partagée par tous, à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

Cette démarche est définie et pilotée au niveau stratégique de l'établissement et initiée et mise en œuvre par les secteurs d'activité. Elle s'appuie sur les pôles comme relais fondamentaux, par la définition de leurs objectifs propres dans le cadre de cette politique et par leur rôle dans la diffusion de cette culture.

Il est nécessaire que cette gestion soit exercée au plus près du terrain, au sein des pôles, tout en restant coordonnée au niveau institutionnel par la DQRJU qui pilote, anime et fédère cette démarche. Elle travaille en étroite collaboration avec les acteurs institutionnels, ainsi qu'avec les professionnels du terrain.

OBJECTIF 1 : IMPULSER LA DYNAMIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS DANS LE PILOTAGE DES POLES

L'établissement a mis en place au cours des dernières années une dynamique institutionnelle d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en s'appuyant notamment sur la procédure de certification, les organes pilotes de la qualité et du risque respectivement le CPQ et le COVIRIS, et le réseau des Correspondants qualité/risques et les comités existants, sous-commissions de la CME (CLIN, CLAN, CLUDSP, COMEDIMS, …).

Cette dynamique doit s'inscrire à présent dans le fonctionnement des pôles dans le cadre des contrats de pôle.
Il s'agit d'impulser une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le pilotage des pôles au travers d'actions concrètes :

- La formation de référents au sein des pôles ;
- La mise en place de Comités de Retour d'Expérience (CREX) pour analyser les événements indésirables associés aux soins ;
- La définition et le suivi d'indicateurs qualité – sécurité des soins, s'appuyant sur les indicateurs nationaux. L'établissement se fixe une liste d'indicateurs relatifs à la qualité et à la gestion des risques qu'il choisit en fonction de ses priorités. Ces indicateurs sont intégrés dans les tableaux de bord des secteurs concernés : directions fonctionnelles et pôles d'activités. Chaque secteur initiateur définit la périodicité de relevé de l'indicateur et les modalités.
- La conduite d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles de manière continue sur des thèmes porteurs d'amélioration propres à chaque pôle, en coordination avec le Développement Professionnel Continu.

Les EPP, Indicateurs de pratique clinique devront être définis dans chaque pôle et relevé par le correspondant qualité/risque du pôle.

Le réseau des Correspondants qualité – gestion des risques, dans lequel sont représentés la quasi-totalité des pôles, doit contribuer à cette dynamique, par la promotion de la culture qualité-sécurité des soins au sein de ces pôles.

OBJECTIF 2 : PROMOUVOIR LES DEMARCHES LOCALES D'ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Depuis sa mise en place, la fiche d'événement indésirable a été majoritairement utilisée pour déclarer les dysfonctionnements d'ordre technique, logistique ou informatique. La notion d'événement indésirable est ainsi associée à celle de dysfonctionnement, ne facilitant pas la remontée d'informations sur les événements indésirables associés aux soins. Ceux-ci restent sous-déclarés alors même que les situations rencontrées par les professionnels sont discutées au sein des unités lors des réunions institutionnelles. Ce constat a été confirmé par les résultats de l'enquête sur la culture sécurité réalisée en novembre 2012.

Sur le plan national, les exigences réglementaires se sont renforcées et un dispositif national de déclaration des Evénements Indésirables Graves (EIG) géré par la HAS va être mis en place. La méthode d'analyse systémique d'analyse des causes profondes intitulée ALARM a d'ores et déjà été rodée pour les EIG rencontrés au sein de l'établissement.

Dans le même temps, les démarches locales d'analyse a posteriori des risques, type Comité de Retour d'Expérience (CREX) ou Revue Mortalité-Morbidité (RMM) se sont largement développées au sein des établissements de santé, favorisées par leur caractère obligatoire pour certaines spécialités :

- Les CREX permettent de mettre en place une revue périodique des événements indésirables déclarés et une analyse au sein de l'unité.
  Au niveau de l'établissement, le projet de sécurisation du circuit du médicament prévoit la mise en place de CREX pour l'analyse des événements indésirables médicamenteux.
- Les RMM consistent en l'analyse systématique d'événements non souhaités, sans notion de dysfonctionnement dans la prise en charge, pour lesquels les unités établissent une liste et répertorient les cas rencontrés sur un registre. Ceux-ci sont ensuite discutés lors d'une réunion d'équipe en suivant une méthode d'analyse pour déterminer des actions d'amélioration des pratiques. A ce titre, elles constituent une démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) valorisables au titre du Développement Professionnel Continu (DPC).

Les démarches locales d'analyse ont démontré leur efficacité pour la remontée des informations sur les événements indésirables associés aux soins et l'amélioration des pratiques. Elles sont ainsi à privilégier pour faciliter la déclaration sur la qualité et la sécurité des soins.

La démarche de retour d'expérience va donc être promue au sein des pôles en se basant sur les dispositifs déjà existants. Des pôles pilotes seront identifiés dans un premier temps pour élaborer des outils adaptés aux situations qui peuvent être rencontrées. Ces actions seront ensuite évaluées et présentées par les pôles concernés pour encourager leur application à d'autres pôles. Leur articulation avec l'organisation de la gestion des risques associés aux soins sera assurée par le coordonnateur des vigilances et des risques associés aux soins, pour garantir en particulier le retour d'expérience au niveau établissement. Cette démarche de gestion des risques a posteriori associée à la conduite d'analyses a priori sur les projets institutionnels complétera la vigilance et la surveillance sur les risques.

AXE 4 : Renforcer la sécurité des personnes, des biens et des installations

OBJECTIF 1 : FORMALISER LES RELATIONS DE PARTENARIAT ENTRE HOPITAL-POLICE

Un protocole d'accord signé entre le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des collectivités territoriales, la Ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés et la Ministre de la santé, en date du 10 juin 2010, incite les services compétents à mettre en place des partenariats. Dans ce cadre, une clarification des rapports avec les services de police est à engager. La signature de protocole, aussi bien avec les commissariats locaux qu'avec la Direction Territorial de la Sécurité Publique de Seine-Saint-Denis, a pour objectif d'améliorer la sécurité des structures de l'établissement et de renforcer la coopération entre le dit établissement et les services de l'Etat.

OBJECTIF 2 : PREPARER L'ETABLISSEMENT A FAIRE FACE AUX MENACES DE CRISE

La gestion de crise dans le domaine de la santé est une dimension qui était, jusqu'à peu, gérée principalement par les établissements sièges de SAMU et d'urgences. Ils étaient de ce fait les seuls à disposer d'un Plan Blanc ou Plan d'afflux massif de victimes. Des catastrophes (Canicule, AZF, Grippe A, …) ont amené les autorités à élargir, au cours des dernières années, le champ de la gestion de crise dans le secteur sanitaire. Le Plan Blanc a été complété par d'autres dispositions spécifiques qui doivent couvrir l'ensemble des menaces de crise. Il est devenu une obligation pour l'ensemble des établissements de santé, quelle que soit leur activité.

La gestion de crise est ainsi une dimension nouvelle pour l'EPS Ville-Evrard. Si un Plan Blanc a été élaboré, ce dispositif n'a été que très peu expérimenté. La gestion de situations de tension récentes (épisodes de neige, pénurie d'essence, …) a mis en lumière la nécessité de mettre en pratique régulièrement les plans d'urgence, pour garantir leur opérationnalité face aux situations réelles. Les cas rencontrés au cours des dernières années ont démontré qu'elles pouvaient mettre en jeu la sécurité des personnes, des biens et des installations (incendie, agressions graves, panne majeure d'installations).

OBJECTIF 3 : RENFORCER LA SECURITE DES ACCES ET DES LOCAUX

Les usagers et les professionnels sont exposés aux risques liés à la situation géographique des structures de Ville-Evrard, implantées sur le département de la Seine Saint-Denis confronté à des problèmes d'insécurité. Ces risques concernent aussi les biens qui s'y trouvent et les installations elles-mêmes. Si ces menaces sont extérieures, l'établissement doit définir des moyens de prévention, d'autant plus qu'elles constituent la cause d'actes de violence. Ce travail passe en particulier par la sécurisation des accès et des locaux.

AXE 5 : Evaluer et mesurer la qualité du service rendu aux usagers et aux professionnels

Aujourd'hui, la mesure de la qualité du service rendu aux usagers et aux professionnels est devenue un outil indispensable de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Sous le contrôle du Ministère de la Santé et la HAS, les établissements de santé sont désormais obligés de mettre à disposition du public les résultats d'un certain nombre d'indicateurs.

OBJECTIF 1 : DEVELOPPER LES DEMARCHES D'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (E.P.P.)

L'évaluation des pratiques professionnelles est un élément clé de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. Il s'agit d'une politique volontariste.

La HAS a donc naturellement renforcé ses exigences en matière d'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la certification V2010. L'EPP ne concerne plus seulement les médecins, elle implique aussi les personnels paramédicaux. L'EPP doit désormais faire partie intégrante du quotidien des professionnels de santé, de l'ensemble des secteurs d'activité. La conduite des EPP est désormais inscrite dans le projet médical 2013-2017 et dans le projet de soins 2013-2017 comme un axe de travail fort.

L'Evaluation des Pratiques Professionnels est l'un des objectifs du Développement Professionnel Continu (DPC), notion introduite dans le code de la santé publique dans le cadre de la loi HPST.
L'objectif de l'établissement est de soutenir les initiatives individuelles et collectives afin de faire émerger des démarches d'amélioration de la qualité.

Une Commission EPP (sous-commission de la CME) a été créée en décembre 2012, en lien avec la CME, la DQRJU et la CSIRMT. Elle est chargée de définir la politique d'EPP et de coordonner la mise en œuvre des EPP, dans le cadre du DPC.

L'établissement s'est engagé à mener cette politique d'EPP :

- médico-soignantes au sens de la HAS ;
- soignantes, conformément au projet de soins ;
- autres thèmes identifiés et valorisés.

Quelles que soient leur nature, l'établissement veillera à favoriser les travaux pluridisciplinaires et transversaux.

Des outils de pilotage et de suivi seront mis en œuvre afin de s'assurer de la réalisation des EPP dans tous les secteurs d'activité médicaux et médico-techniques.

Chaque année, la Commission EPP étudiera les thèmes EPP réalisées dans l'établissement et assurera :

- le déploiement et la réalisation dans tous les secteurs d'activité (suivi du tableau de bord HAS et du tableau de secteur) ;
- le suivi des indicateurs pertinents des EPP déjà réalisées ;
- le lien des EPP avec le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et sécurité des soins ;
- les thèmes institutionnels à favoriser dans le choix des nouvelles EPP en fonction des orientations stratégiques de l'établissement ;
- l'accompagnement méthodologique des EPP par la DQRJU ou par un organisme agréé.
- La communication régulière des EPP réalisée dans l'établissement et de la mise à jour des documents HAS en matière d'EPP.

OBJECTIF 2 : EVALUER LES PRATIQUES VIA LE SUIVI D'INDICATEURS ET LES EVALUATIONS DE DOSSIERS

Les indicateurs de mesure de la qualité constituent aujourd'hui un outil essentiel des démarches d'amélioration de la qualité. Le Ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé ont donc décidé de mettre en œuvre un recueil d'indicateurs de qualité dans l'ensemble des établissements de santé.

Dans ce cadre, l'établissement conduit à échéance programmée le recueil de ces indicateurs. Il dispose ainsi de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins intégrant ces indicateurs.

Parmi les indicateurs de qualité réglementaires, on trouve notamment :

- les infections nosocomiales, avec l'ICALIN.2 (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales), l'ICSHA.2 (indice de consommation de produits hydro-alcooliques), l'ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques) et l'ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes) ;
- le dossier patient, avec les indicateurs Tenue du dossier patient, Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, Dépistage des troubles nutritionnels (indicateurs pour l'amélioration de la performance et de la sécurité des soins – IPAQSS).

Outre ces indicateurs, l'établissement doit définir et mettre en place des indicateurs internes. On distingue :

- les indicateurs d'activité ;
- les indicateurs de résultats (ex. : qualité d'une prestation, …) ;
- les indicateurs de processus (ex. : qualité de la prise en charge des patients, …) ;
- les indicateurs de structure (ex : analyse des ressources humaines et financières nécessaires à la prise en charge des patients,…) ;
- les indicateurs sentinelles (ex : évènement qui déclenche une analyse approfondie et une action corrective rapide – fugues,..) ;
- les indicateurs sur la satisfaction des usagers (ex : niveau de qualité perçue par le patient…).

Parmi les indicateurs internes à l'établissement, les cotations issues de l'auto-évaluation de la procédure de certification V2010, qui se révèlent être des indicateurs permettant de hiérarchiser les actions à conduire dans le cadre du programme d'actions visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Ainsi, et plus particulièrement les thématiques cotées C et D, font l'objet d'une déclinaison en actions d'améliorations, avec identification des responsables et des échéances.
La mise en place et le suivi d'indicateurs sont notamment une priorité du projet de soins 2013-2017.

Les indicateurs internes seront déterminés par les Directions fonctionnelles, les sous-commissions et les pôles d'activités les concernant respectivement. A terme, ces indicateurs seront rassemblés dans un tableau de bord général de suivi, centralisé.

OBJECTIF 3 : DEVELOPPER LES EVALUATIONS INTERNES ET EXTERNES

- **En interne**

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, il est indispensable d'évaluer, au moyen d'audits, la pratique des professionnels au regard des recommandations internes (formulées dans les documents qualité) et externes (HAS…). Il est également nécessaire de procéder à l'évaluation des organisations et des processus qui ont été définis au sein de l'établissement, afin d'identifier les points critiques et mettre en œuvre des actions d'amélioration.

Un autre volet de l'évaluation est la mesure de la qualité du service rendu aux usagers et aux professionnels, outil indispensable de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (questionnaire de sortie, enquête de satisfaction du patient…).
L'objectif est de mesurer la satisfaction :

- des patients, relative à leur prise en charge et au déroulement de leur séjour. Elle se fait au moment de la sortie avec le questionnaire de sortie, ou durant le séjour à l'hôpital, à l'occasion d'enquêtes ponctuelles,
- de l'entourage des patients,
- des professionnels de l'établissement et des prestataires externes, relative à une organisation ou un processus, au moyen d'enquêtes ponctuelles.

Cela permet à l'établissement d'avoir une mesure du niveau de qualité des prestations proposées par l'établissement, et ainsi de dégager des axes d'amélioration.
L'objectif est de développer ces évaluations afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques des professionnels d'une part et de rendre efficient les processus de l'établissement, d'autre part.

- **En externe**

La certification des établissements de santé a permis de développer la démarche d'amélioration de la qualité dans les organisations. Il s'agit désormais de poursuivre cette dynamique dans le cadre des projets institutionnels, des recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS), des programmes d'amélioration qualité mis en place et des exigences de la prochaine certification.

L'établissement s'est inscrit dans la démarche de certification V2010 en mars 2011. Dans le cadre de cette troisième itération de la procédure de certification, les exigences du manuel de certification V2010 ciblent davantage l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et l'information des usagers. L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) ne s'adresse plus seulement aux médecins, mais également au personnel paramédical. Des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) et des indicateurs (IND) font aussi leur apparition dans la V2010.
Toutes ces nouvelles exigences ont été intégrées dans la préparation et la coordination de la certification V2010 avec la mise en place de groupes d'auto-évaluation et EPP.

Parallèlement aux démarches qualité réglementaires (certification HAS, HACCP), la conduite d'une certification externe selon la norme ISO, d'un ou plusieurs secteurs d'activités de l'établissement, permet d'obtenir l'assurance d'un niveau défini de qualité et de sécurité intégrant les exigences réglementaires.

Elle permet aussi de fédérer tous les professionnels d'une équipe autour d'un objectif, la recherche de l'amélioration continue et de la satisfaction de l'usager. C'est enfin un moyen de valoriser le travail accompli collectivement et les efforts de chacun.

L'établissement doit mener une réflexion sur la nécessité de conduire une certification ISO sur des secteurs d'activité comme : l'Unité Centrale de Production, la Direction des Travaux et des Services Techniques, le Système d'Information Hospitalier, la Pharmacie, la Direction des Ressources Humaines, le Service de la Formation Permanente…

Axe 6 : Optimiser la communication et l'information délivrées aux patients, aux professionnels et aux visiteurs

L'hôpital délivre un grand nombre d'informations aux patients et aux visiteurs. Cette information est diffusée sur différents types de supports et porte sur des sujets variés. Ces supports sont sous des formes variés : site internet, livret d'accueil, plaquettes d'informations, affiches…
Il est important de veiller continuellement à la pertinence et à l'actualisation des informations délivrées, ainsi qu'à leur affichage dans les services.

La communication institutionnelle est une étape indispensable dans la conduite des projets. Elle favorise l'implication des professionnels dans la vie institutionnelle. La DQRJU utilise différents moyens pour informer les professionnels sur la démarche d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la prise en charge des usagers.

Par l'intermédiaire de sa page intranet, la DQRJU propose une présentation de ses services et leurs travaux institutionnels, un accès au système documentaire institutionnel et à des fiches pratiques, une veille juridique, des actualités,…
L'objectif est de mettre à disposition de tous les professionnels une information claire dans les domaines gérés par la DQRJU, et leur apporter des outils nécessaires et pratiques dans leur quotidien.

La DQRJU s'est fixée comme objectif de publier une lettre DQRJU - zoom sur une thématique - de façon régulière afin de communiquer sur ses services, les thématiques institutionnelles importantes dans son champs de compétence. Cette lettre s'adresse à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Pour faire adhérer les professionnels aux thématiques « qualité, risque, droits des usagers… », la DQRJU propose différentes actions :

- pérenniser les dispositifs en place (présentation du système documentaire lors des « journées d'accueil des nouveaux infirmier(e)s », organisation annuelle de la semaine de la sécurité des patients, réunions d'information des assistantes médico-administratives sur les hospitalisations sans consentement…) ;

- développer une intervention sur les démarches qualité – sécurité des soins lors des journées d'accueil des nouveaux infirmier(e)s ;
- proposer aux agents des formations relatives à la qualité et la sécurité des soins, en collaboration avec le service de la formation professionnelle continue.

La DQRJU s'appuie sur un réseau de correspondants qualité – gestion des risques. Ces professionnels de terrain contribuent à assurer un lien entre les services qualité - gestion des risques et les services. Ils accompagnent, auprès des responsables de leur service, la mise en place de la démarche qualité / gestion des risques et assurent la transmission de l'information.

CONCLUSION :

Le projet OEPPC, ainsi que son évaluation périodique contribuent à son évolution d'une manière générale et à celle de la DQRJU d'une manière particulière.

La DQRJU, la CRUQPC et le COVIRIS s'engagent pour cinq ans, en partenariat avec la CME et la CSIRMT.
La mise en œuvre du projet OEPPC 2013 – 2017 constitue un réel enjeu pour l'établissement. Par-delà l'engagement de la DQRJU, la Direction et les instances, elle ne pourra être menée à bien qu'avec l'adhésion, la solidarité et la participation active des professionnels.

Elle ne pourra également pas se développer sans que l'établissement ne l'accompagne sur une réflexion prospective sur ses métiers, ses compétences, ses pratiques professionnelles, son organisation globale, ainsi que sur les attentes d'une clientèle multiple dont les patients constituent le cœur.

ANNEXE

PROGRAMME OEPPC

DECLINAISON DU PROJET OEPPC

POLITIQUE
Elle définit les orientations en matière d'organisation et d'évaluation du parcours de prise en charge des usagers en cohérence avec les orientations du Projet d'établissement

PROGRAMME
Il est décliné à partir des orientations de la politique OEPPC.

Pour chaque axe, des objectifs sont définis et traduits en plan d'actions d'amélioration avec des responsables, des échéances et des indicateurs. Il comporte des actions transversales et d'autres spécifiques en fonction des thématiques.

MANUEL DE MANAGEMENT OEPPC

Il décrit les organisations qui structurent la démarche qualité, risque et usagers.

PROGRAMME

AXE I – PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE ET LE RESPECT DES DROITS DU PATIENT : DEMOCRATIE SANITAIRE

Objectifs	Actions d'améliorations	Echéance	Responsabilités	Modalités de suivi - Indicateurs
Structurer la démarche d'accueil des usagers, de leurs familles et des accueils spécifiques	**Contribuer à la qualité de l'accueil des patients et des familles**			
	Sensibiliser et renforcer la communication auprès des équipes sur la diffusion du nouveau livret d'accueil et questionnaire de satisfaction pour les patients/familles	2013	DQRJU/CRUQPC	Taux de livret commandé Taux de retour du questionnaire
	Valider et diffuser la procédure de remise du livret d'accueil et du questionnaire de satisfaction	2013	DQRJU/CRUQPC	Retour des questionnaires Commande du livret d'accueil
	Formaliser une politique de coopération avec les acteurs associatifs	2013-2017	DG/ DQRJU	Evaluation annuelle
	Promouvoir l'accueil des familles/accompagnants de patients hospitalisés (document d'informations…)	2013- 2017	DQRJU/ RU	
	Créer et accompagner la mise en place de la maison des usagers	2013- 2014	DQRJU/ RU	

	Accueils spécifiques			
	Structurer l'accueil des détenus – Diffuser la procédure et accompagner les professionnels	2013	DQRJU/ADM Services de soins, Préfecture, DT93, DTSP	Nombre de détenus par service
	Elaborer une procédure sur l'accueil des patients relevant d'une irresponsabilité pénale	2013- 2014	DQRJU/ADM-AJ Services de soins, Justice	
	Réviser la procédure sur la prise en charge des hors secteurs	2013- 2014	DQRJU, CME, CSIRMT	Nombre de hors secteurs pas service
Améliorer la qualité de l'écoute des usagers et des aidants	Mettre à disposition des familles le questionnaire de satisfaction	2013	Services de soins	Taux de retour
	Mettre en place de façon pérenne au sein des pôles des évaluations et des actions d'amélioration en matière de respect des droits des patients (Audits ou enquêtes au sein des pôles)	2013- 2017	DQRJU	Taux de retour des audits et enquêtes
Promouvoir les droits des usagers	**Optimiser l'information des usagers sur leurs droits**			
	Veiller à l'affichage dans les services des informations patients/familles : voies de recours, CRUQPC, accès dossier, charte tutelles…	2013-2017	DQRJU/Services de soins	
	Favoriser l'expression du patient via une traçabilité de l'information donnée au patient : notification et observation sur les décisions	2013	Services de soins	Taux de retour
	Mettre à jour et diffuser le règlement intérieur de l'établissement (à destination des usagers, familles et visiteurs)	2013	DQRJU/DG	
	Mettre en place des points d'accès aux droits, PAD	Octobre 2013	DQRJU RU/CME	Nombre de permanences effectuées
	S'assurer de la qualité de l'information médicale et institutionnelle délivrée au patient et du caractère éclairé de son consentement			
	Conduire l'action d'EPP « annonce d'un dommage associé aux soins »	2013 -2014	Groupe EPPn°1 Services	Nombre de formations
	Délivrer une information claire et adaptée sur les droits (notice d'information, information sur les voies de recours...	2013-2017	Groupe EPP n°6 DQRJU	Taux de retour des Bordereau ADM

	Mettre à jour la procédure « accès au dossier médical »	2013- 2014	DQRJU/CRUQPC	
	Diffuser la brochure sur l'accès aux informations médicales	2013- 2014	DQRJU/CRUQPC	
	Promouvoir les droits des patients à la lumière des recommandations des autorités extérieures			
	Relayer les recommandations du CGLPL auprès des professionnels	2013- 2015	DQRJU CME CSIRMT	Nombre de recommandations
	Mettre en place les actions correctives issues de la visite éventuelle du CGLPL et de la HAS	2013 - 2015	DQRJU CME CSIRMT	Nombre d'actions d'amélioration
	Développer une réflexion sur la contention, la mise en chambre d'isolement et mettre en place les actions proposées.	2013 - 2015	CME - Direction des soins/DQRJU	
	Inscrire la promotion des droits des usagers dans la logique de parcours de santé			
	Participer au label droit des usagers	2013-2017	DQRJU -Services de soins	Nombre de projets de VE
Promouvoir et soutenir les démarches de bientraitance	Conduire une réflexion sur la bientraitance et la maltraitance dans le cadre du comité éthique	2013-2017	CME Comité éthique	
	Sensibiliser les professionnels à la bientraitance (procédure de signalement, actions de communication, formation)	2013-2017	Groupe de travail promotion de la bientraitance / lutte contre la maltraitance Formation permanente	Nombre de formation
Accompagner les évolutions législatives et la mise en place des réformes	Mettre en place les dispositions à venir issue de la décision du CC d'avril 2012 (QPC 2012-035)	2013	DQRJU	
	Structurer, définir les limites et partenariats sur la gestion des personnes protégés : missions, solutions, lettre spécifique des résultats du groupe	2013	DQRJU/PP/Services de soins/ Coordination Sociale	
	Evaluer les pratiques en lien avec l'application de la loi du 5 juillet 2011	2013-2017	Groupe EPP n°6 DQRJU	

Renforcer les liens existants avec les partenaires extérieurs : articulation sanitaire/justice	Mise en place d'un partenariat avec le CH de Maison Blanche en vue de mutualiser les services de majeurs protégés	2013	DQRJU/DG VE et MB	Bilan annuel
	Renfoncer les liens avec le TGI par le biais de réunions régulières et de formations interprofessionnelles	2013-2017	DQRJU/CME	Nombre de réunions

AXE II – FEDERER LES PROJETS AUTOUR DE LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Objectifs	Actions d'améliorations	Echéance	Responsabilités	Modalités de suivi - Indicateurs
Sécuriser les parcours de prise en charge en priorisant les processus à risques : sécuriser le circuit du médicament, structurer l'identitovigilance et informatiser le dossier du patient	**Sécuriser le circuit du médicament**			
	Poursuivre la conduite du PAQ "Sécurisation du circuit du médicament"	Novembre 2013	PUI	PAQ actualisé Résultats analyse ArchiMed
	Intégrer le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse au schéma directeur du système d'information dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement 2013-2017	Novembre 2013	DG / DSIH / PUI	Projet d'établissement 2013-2017 validé
	Recueillir et analyser les erreurs médicamenteuses au cours des visites conduites par les pharmaciens et les préparateurs référents dans les unités de soins	Novembre 2013	PUI	Plans d'actions relatifs aux erreurs médicamenteuses
	Poursuivre les travaux engagés par la PUI dans le domaine des situations à risques (médicaments à risque, patients à risque) sur la prévention et la prise en charge des effets secondaires des traitements.	Novembre 2013	PUI COMEDIMS	Liste des médicaments à risques et patients à risques validés par la COMEDIMS
	Conduire l'action d'EPP n°2 "Traçabilité de l'administration en ambulatoire"	Mai 2014	Groupe EPP n°2	Suivi de l'action de l'EPP n°2
	Conduire les actions d'améliorations relatives au circuit d'approvisionnement des médicaments : commandes et réception à la pharmacie et livraison et réception des médicaments	Mai 2014	PUI	Nombre d'actions d'améliorations relatives au circuit d'approvisionnement réalisé

	Conduire l'action d'EPP n°3 "Psychotropes chez la personne âgée"	Mai 2014	Groupe EPP n°3	Suivi de l'action de l'EPP n°3
	Conduire l'action d'EPP n°12 "Prescription des psychotropes dans l'autisme"	Mai 2014	Groupe EPP n°12	Suivi de l'action de l'EPP n°12
	Structurer l'identito-vigilance			
	Organisation et gouvernance du SIH, Audit extérieur pour lever des réserves	Juin 2013	DG/DIM	Nombre de doublons
	Renforcer le pool des intervenants opérationnels en capacité de traiter les erreurs constatées	Novembre 2014	DG / Pôle CRISTALES	Nombre de professionnels en capacité de traiter les erreurs constatées
	Réactualiser la charte d'identitovigilance en redéfinissant les objectifs et actions réalisables au regard d'une analyse globale de la couche applicative des différents outils métier.	Novembre 2014	CIV	Charte d'identitovigilance diffusée
	Améliorer la fonction des utilisateurs (risques liés à la saisie, risques liés aux interfaces)	Novembre 2014	CIV	Nombre de professionnels formés / sensibilisés à l'identitovigilance
	Informatiser le dossier du patient			
	Actualiser les guides « Dossier patient : guide d'utilisation » et « Archivage du dossier patient »	Septembre 2013	DIM	Dossier patient : guide d'utilisation » et « Archivage du dossier patient » actualisés
	Conduire l'action d'EPP n°5 "Dossier patient : Coordination entre les professionnels des unités d'hospitalisation, des unités ambulatoires et les partenaires extérieurs"	Mai 2014	Groupe EPP n°5	Suivi de l'action de l'EPP n°5
	Formaliser la politique du dossier patient	Mai 2014	Pôle CRISTALES	Politique du dossier patient validée et diffusée
	Développer un dossier patient informatisé	2017	DG / CME / CSIRMT / Pôle CRISTALES	Dossier patient informatisé

	Prévention du risque suicidaire			
	Elaborer un protocole de prise en charge des patients présentant un risque suicidaire	Novembre 2014	CVGDR COVIRIS / Groupe de travail	Protocole de prise en charge des patients présentant un risque suicidaire diffusé
	Développer une formation sur la prévention et la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire	Novembre 2014	Formation permanente	Programme de formation sur la prévention et la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire
	Isolement et contention			
	Conduire l'action d'EPP n°7 " Pratique de l'isolement et de la contention »	Mai 2014	Groupe EPP n°7	Suivi de l'action de l'EPP n°7
	Fugue et sortie à l'insu du service			
	Dresser un état des lieux de la prise en charge des sorties à l'insu des unités des patients en soins libres.	Décembre 2014	CVGDR COVIRIS / Groupe de travail	Etat des lieux établi.
	Tabagisme des patients hospitalisés			
	Améliorer l'application de l'interdiction de fumer sur le site de Saint-Denis.	Décembre 2013	Direction des soins / Pôles cliniques UHTP Saint-Denis	Nombre d'actions mises en œuvre

	Alimentation et nutrition			
	Organiser une journée CLAN	Juin 2013	Journée CLAN réalisée	
	Conduire l'action d'EPP « Surveillance et accompagnement des patients lors des prises de repas sur le site de Saint-Denis ».	Mai 2014	Pôles cliniques UHTP Saint-Denis / Service Diététique / DQRJU	Suivi de l'action de l'EPP « Surveillance et accompagnement des patients lors des prises de repas sur le site de Saint-Denis ».
	Sensibiliser les professionnels au dépistage des troubles nutritionnels et à la traçabilité dans le dossier patient	Mai 2014	Groupe EPP n°9	Suivi de l'action de l'EPP n°9
	Etendre la formation nutrition aux familles et familles d'accueil (dans le cadre des programmes du CLAN) - au titre des actions éducatives	Mai 2015	CLAN	Programme d'actions du CLAN
	Prise en charge des détresses vitales			
	Actualiser la procédure d'alerte en cas de détresse vitale	2013	Groupe de travail Chaîne de survie intra-hospitalière	Procédure actualisée
	Mettre en place une formation e-learning sur l'arrêt cardio-respiratoire	Mai 2014	Programme de formation e-learning sur l'arrêt cardio-respiratoire	Formation permanente / Pôle CRISTALES
	Prise en charge de la douleur			
	Conduire des actions de sensibilisation des professionnels relatifs à la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient	Septembre 2013	CLUD-SP	Nombre d'actions de sensibilisation conduites

	Elaborer une procédure et développer des outils d'évaluation de la douleur pour les patients dyscommunicants	Mai 2014	Groupe EPP n°8 « Evaluation de la douleur chez les patients dyscommunicants »	Suivi de l'action de l'EPP n°8
	Prise en charge biologique			
	Mettre en œuvre les actions d'amélioration définies dans le cadre de l'audit biologie réalisé	Septembre 2013	Pôle CRISTALES	Nombre d'actions réalisées
	Dispositifs de vigilance sanitaire et de gestion des événements indésirables associés aux soins			
	Formaliser la nouvelle version de la procédure de déclaration et d'analyse des événements indésirables en intégrant les EIG.	Septembre 2013	CVGDR / DQRJU COVIRIS	Procédure diffusée
	Faire le bilan du déploiement du logiciel ENNOV de déclaration des événements indésirables. et informatiser les autres dispositifs de déclaration (vigilances sanitaires, erreurs médicamenteuses, identitovigilance).	Septembre 2013	DQRJU COVIRIS	Dispositifs informatisés sur le logiciel ENNOV
	Sensibiliser les professionnels à la déclaration des événements indésirables associés aux soins.	Novembre 2013	DQRJU	Nombre de professionnels sensibilisés à la déclaration des événements indésirables associés aux soins
	Former un pool de membres du COVIRIS à l'analyse systémique des événements indésirables.	Juin 2014	CVGDR / DQRJU COVIRIS	Nombre de professionnels du COVIRIS formé à l'analyse systémique des événements indésirables
	Prise en charge et droits des patients en fin de vie			
	Définir les modalités de recueil de la volonté du patient et de conservation des directives anticipées	Mai 2015	DQRJU	Procédure de prise en charge des patients en fin de vie élaborée
	Conduire une évaluation pluriprofessionnelle relative à la prise en charge des patients en fin de vie	Mai 2015	CLUD-SP	Action EPP relative à la prise en charge des patients en fin de vie réalisée

	Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé			
	Conduire les actions d'EPP sur le dossier patient et la loi du 5 juillet 2011	Mai 2014	Groupes EPP « Dossier patient » et « Loi du 5 juillet 2011 »	Suivi des actions d'EPP sur le dossier patient et la loi du 5 juillet 2011
	Faire valider les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) par l'ARS, former les professionnels et mettre en œuvre les programmes	Mai 2015	Dr P. FAVRE Formation professionnelle	Programme d'ETP mis en œuvre
	Continuité et coordination de la prise en charge des patients			
	Conduire l'action d'EPP n°5 sur la coordination entre le temps plein et l'ambulatoire pour le dossier patient.	Mai 2014	Groupe EPP n°5	Suivi de l'action d'EPP sur la coordination entre le temps plein et l'ambulatoire pour le dossier patient
	Finaliser l'EPP sur la sortie du patient (CRH et check-list sortie)	Mai 2014	Groupe EPP	Suivi de l'action EPP « Sortie du patient »
	Revoir la feuille de prescription d'examen d'imagerie (traçabilité des informations sur les contre-indications)	Mai 2014	Pôle CRISTALES	Feuille de prescription d'imagerie réactualisée
	Mise en place d'un partage du dossier pharmaceutique (Génois) avec des officines de ville	Novembre 2014	PUI	Nombre de dossiers pharmaceutiques partagé avec les officines de ville
	Elaborer et mettre en œuvre le programme d'actions pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins			
	Finaliser le programme d'actions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en associant le COVIRIS.	Novembre 2013	CVGDR / DQRJU COVIRIS	Présentation du programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au COVIRIS
	Identifier et évaluer les pratiques à risque des professionnels (au regard des recommandations formulées dans les procédures, protocoles, …). Conduire les réunions d'analyse et établir la cartographie des risques associés aux soins.	Novembre 2013	CVGDR / DQRJU COVIRIS	Cartographie des risques associés aux soins finalisée
	Mettre à jour le programme d'actions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sur la base du bilan annuel et de la cartographie des risques.	Mars 2014	CVGDR / DQRJU CME	Programme mis-à-jour
	Mettre en œuvre un programme d'actions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	2013 - 2017	CVGDR / DQRJU CME	Taux de réalisation des actions programmées.

Accompagner les autres projets qualité/risques en prenant en compte les exigences et recommandations de la Certification HAS	**Linge**			
	Réactiver le suivi des contrôles microbiologiques réalisés par le SIHBEF	Novembre 2013	DAHL et EOH	Rapports des contrôles microbiologiques réalisés par le SIHBEF
	Actualiser la procédure de circuit du linge	Mai 2014	DAHL	Procédure circuit du linge diffusée
	Réaliser à périodicité définie des évaluations de la satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient	Mai 2014	DAHL	Rapport d'enquête de satisfaction sur la qualité du linge du linge
	Prévention des risques professionnels			
	Identifier et coordonner l'ensemble des initiatives relatives à la santé et à la sécurité au travail, favoriser les retours d'expérience.	Juin 2014	DRH / DQRJU COPIL Risques Professionnels	Bilan social et bilan sécurité des soins
	Coordonner les différents acteurs (santé au travail, CHSCT, la gestion des risques, les directions fonctionnelles, et l'encadrement,...) en mettant en place une fonction de préventeur.	Décembre 2014	DRH / DQRJU	Mise en place d'une fonction de préventeur
	Etablir un diagnostic des risques psychosociaux et élaborer un outil de mesure	Décembre 2014	DRH Cellule d'analyse	Diagnostic des risques psychosociaux élaboré
	Gestion documentaire			
	Poursuivre l'actualisation des protocoles de soins dans le cadre du groupe de travail co-piloté par la DQRJU et la DS	2015	DQRJU / DS	Nombre de protocoles de soins actualisés
	Procéder à l'actualisation des procédures hors soins du système documentaire	2015	DQRJU	Nombre de procédures hors soins actualisées
	Permettre à tout professionnel de l'établissement de disposer d'un accès à un poste informatique afin de pouvoir consulter en temps réel les documents du système documentaire informatisé	2016	DSIH / Directions fonctionnelles	Nombre de postes informatiques / Nombre de professionnels de l'établissement
	Informatiser le système documentaire en supprimant les classeurs de documents qualité au format papier	2016-2017	DQRJU	classeurs de gestion documentaire supprimés

Structurer, développer et évaluer une démarche de développement durable / éco-responsabilité	Inscrire la dimension développement durable dans chaque volet du projet d'établissement	Novembre 2013	DG et Directions fonctionnelles	Projet d'établissement 2013-2017 validé
	Formaliser une politique de développement durable	Novembre 2013	DG et Directions fonctionnelles	Politique développement durable formalisé
	Définir le plan d'actions pluriannuel en matière de développement durable	Novembre 2013	DG et Directions fonctionnelles	Plans d'actions pluriannuel développement durable formalisé
	Communiquer sur la maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie	Novembre 2013	DPT / DAHL	Note d'information, actualités intranet sur la maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie
	Poursuivre l'action de sensibilisation sur le tri, le stockage et l'élimination de l'EOH en direction des structures extra hospitalières au travers d'un audit	Novembre 2013	EOH	Rapport d'audit
	Réaliser un bilan carbone	Mai 2014	DAHL / DPT	Bilan carbone réalisé
	Conduire une réflexion sur l'acquisition de véhicules électriques pour le site de Neuilly sur marne.	Mai 2014	DAHL	Réflexion sur l'acquisition de véhicules électriques menée
	Elaborer une politique d'achat intégrant la notion d'éco-responsabilité et définir des outils de suivi et d'évaluation	Novembre 2014	DAHL / DPT / DFCGFS	Politique d'achat intégrant la notion d'éco-responsabilité diffusée
	Formaliser une politique de maitrise de l'énergie et la décliner en un programme d'actions hiérarchisé	Mai 2015	DPT / DAHL	Politique de maitrise de l'énergie diffusé Programme d'actions élaboré
	Formaliser une politique en matière de déchets intégrant le tri sélectif et la valorisation des déchets	Mai 2015	DAHL	Politique en matière des déchets diffusés
	Développer la démarche de développement durable			
	Réaliser un diagnostic énergétique	Mai 2015	DPT / DAHL	Diagnostic énergétique réalisé

AXE III – DECLINER LA DYNAMIQUE QUALITE ET SECURITE DES SOINS DANS LE PILOTAGE DES POLES

Objectifs	Actions d'améliorations	Echéance	Responsabilités	Modalités de suivi - Indicateurs
Impulser la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le pilotage des pôles	Formaliser les contrats de pôles – Décliner les indicateurs qualité – sécurité des soins	18 mois après visite	DG / DQRJU	Contrats de pôles formalisés intégrant les indicateurs qualité-sécurité des soins
Promouvoir les démarches locales d'analyse des évènements indésirables	Former les pharmaciens au Comité de Retour d'Expérience (CREX).	Mai 2013	PUI	Attestation de formation au CREX des pharmaciens
	Développer la mise en place de Comités de Retour d'Expérience (CREX) au sein des unités sur les événements indésirables associés aux soins.	Juin 2014	CVGDR / DQRJU COVIRIS	Nombre de réunions REX réalisées

AXE IV – RENFORCER LA SECURITE DES PERSONNES, DES BIENS ET DES INSTALLATIONS

Objectifs	Actions d'améliorations	Echéance	Responsabilités	Modalités de suivi - Indicateurs
Formaliser les relations de partenariat hôpital-police	Formaliser un protocole d'accord entre la Direction Territoriale de la Sécurité Publique du 93 et les services de VE.	2015	**AJ - DQRJU, DG, CME, Services de soins Commissariats**	
Préparer l'établissement à faire face aux menaces de crise	Organiser des exercices de gestion de crise au moins annuellement.	2013-2017	**DQRJU**	**Rapport de retour d'expérience suite à exercice.**

Renforcer la sécurité des accès et des locaux	Mettre à jour et mettre en œuvre le plan de sécurité sur la sécurité et la surveillance des accès et des locaux.	2015 - 2017	Groupe de travail DQRJU / DPT / DAHL / DSIH / CME / DS / Services de soins	Plan de sécurité élaboré et mis en œuvre

AXE V – EVALUER ET MESURER LA QUALITE DU SERVICE RENDU AUX USAGERS ET AUX PROFESSIONNELS

Objectifs	Actions d'améliorations	Echéance	Responsabilités	Modalités de suivi - Indicateurs
Développer les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (E.P.P.)	Assurer le suivi des actions d'amélioration et mesurer l'impact sur l'évolution des pratiques relatives à la pertinence des soins au sein des secteurs d'activités cliniques et médico-techniques	Mai 2014	Groupes EPP / Commission EPP	Suivi des actions EPP relatives à la pertinence des soins mises en place (2ème évaluation)
	Etablir le bilan annuel de la Commission EPP	Mai 2014	Commission EPP	Bilan annuel réalisé
	Conduire une évaluation de l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion des professionnels aux démarches EPP au sein des secteurs d'activités cliniques et médico-techniques	Novembre 2014	Commission EPP	Rapport d'évaluation de l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion des professionnels aux démarches EPP
Evaluer les pratiques via le suivi d'indicateurs et les évaluations de dossier	Diffuser aux pôles des tableaux de bord de dépenses et de ressources humaines et aux directions une analyse mensuelle des dépenses et recettes subsidiaires ainsi que les résultats annuels des analyses nationales et régionales	Novembre 2013	DFCGFS	Tableaux de bord diffusé
	Etablir une liste d'indicateurs de pratique clinique à recueillir, à suivre et à analyser	Novembre 2013	Commission EPP	Liste d'indicateurs de pratique clinique définie

	Préparer et coordonner la réalisation des indicateurs qualité réglementaires (IPAQSS, ICALIN, IND de la certification V2010…)	Janvier 2014	SQ, CLIN, CLAN, CLUD, CRUQPC, COMEDIMS, CME, Sous-commission EPP	Recueil des indicateurs réalisé
	Mesurer l'impact des actions d'EPP sur l'évolution des pratiques	Mai 2014	Groupes EPP / Commission EPP	Suivi des actions EPP mises en place (2ème évaluation)
	Evaluer la satisfaction et les délais d'attente relatifs à la fonction transport	Mai 2014	DAHL	Rapport d'enquête de satisfaction sur la fonction transports des patients
	Communiquer les résultats des évaluations (indicateurs réglementaires) aux usagers et aux professionnels (internet, intranet, voie d'affichage)	Juin 2014	SQ, DCOM	Résultats des évaluations communiquées
	Développer une culture de comparaison des résultats des indicateurs internes et externes	Novembre 2014	DG et Directions fonctionnelles	Tableau de bord de comparaison des indicateurs externes et internes
	Lancer une réflexion sur la mise en œuvre d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs relatifs aux activités de soins de suite et de réadaptation	Novembre 2014	CME	Liste d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs relatifs aux activités de soins de suite et de réadaptation définie
	Définir une liste d'indicateurs (résultats, processus, sentinelles, structure) internes à suivre	Novembre 2014	SQ, DG, CME, CSIRMT, Pôles, Directions	Liste d'indicateurs définie
	Elaborer un tableau de bord institutionnel des indicateurs internes et externes et en assurer son suivi	Novembre 2014	SQ	Tableau de bord réalisé
	Définir avec chaque pôle, un tableau de bord d'indicateurs qualité à produire et à suivre	Novembre 2014	SQ, chefs de pôle, CSS de pôle	Tableau de bord par pôle réalisé
	Améliorer le circuit d'information des professionnels	Novembre 2014	SQ, DS, CME	
	Evaluer les procédures dégradées des logiciels métiers mises en place	Novembre 2014	DSIH / Pôle CRISTALES	Rapports d'audits

	Mettre en place des actions d'améliorations relatives à ces indicateurs et en assurer le suivi	Décembre 2014	SQ	Suivi des indicateurs
	Communiquer aux professionnels les résultats de ces indicateurs	Mai 2015	SQ, DCOM	
Développer les évaluations internes et externes	Etablir une liste des secteurs d'activité pouvant être concernés par une certification externe	2014 - 2015	SQ, CME, DG, CSIRMT, Directions fonctionnelles	Nombre de certifications obtenues
	Faire un choix du secteur d'activité où sera développée une certification externe ISO 9001	2014- 2015	SQ, CME, DG, CSIRMT, Directions fonctionnelles	Nombre de certifications obtenues
	Contacter un prestataire de certification de services externes pour accompagnement et validation de la certification externe	2014- 2015	SQ, CME, DG, CSIRMT, Directions fonctionnelles	Nombre de certifications obtenues
	Accompagner et coordonner la procédure de certification externe	2014- 2015	SQ	Nombre de certifications obtenues
	Elaborer une charte de réalisation des enquêtes et proposer des outils méthodologiques (analyse, exploitation)	2014-2015	SQ	Charte de réalisation réalisée
	Réaliser des enquêtes de satisfaction, relatives à des organisations ou processus, auprès des professionnels et des prestataires externes	2014-2015	SQ, acteurs concernés	Résultats des audits et enquêtes
	Réaliser des enquêtes de satisfaction ponctuelles auprès des patients et leur entourage sur des thèmes ciblés dans leur prise en charge	2014-2015	SQ, RU, Services de soins	Résultats des audits et enquêtes

AXE VI – OPTIMISER LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION DELIVREES AUX PATIENTS, AUX PROFESSIONNELS ET AUX VISITEURS

Objectifs	Actions d'améliorations	Echéance	Responsabilités	Modalités de suivi - Indicateurs
Promouvoir la culture qualité et sécurité	Renouveler l'enquête sur la culture qualité – sécurité.	Novembre 2014	CVGDR / DQRJU COVIRIS	Rapport enquête sur la culture qualité - sécurité
	Pérenniser l'organisation annuelle de la semaine de la sécurité des patients.	2013 -2017	CVGDR / DQRJU COVIRIS	Nombre d'actions réalisées Nombre de professionnels sensibilisés
	Poursuivre la présentation du système documentaire lors des journées d'accueil des nouveaux infirmiers	2013-2017	SQ, DS	
	Mette en place une présentation à la qualité et la gestion des risques à l'arrivée des nouveaux agents : séminaire d'accueil des internes, des infirmiers / intégration des fonctions d'encadrement.	2013 - 2017	DQRJU / CME / DS	Nombre d'actions de sensibilisation menées Nombre d'agents sensibilisés
	Diffuser régulièrement une information sur les actions Qualité – Gestion des risques via la lettre DQRJU.	2013 - 2017	DQRJU	Nombre de lettres DQRJU diffusées.
Sensibiliser les professionnels aux évolutions législatives et réglementaires et aux droits des usagers	Poursuivre les formations relatives aux personnes protégées	2013-2017	PP, Formation permanente	
	Poursuivre les formations sur Hospitalisation sans consentement pour les nouvelles secrétaires médicales	2013-2017	ADM, secrétaires médicales	
	Pérenniser les réunions d'information des secrétaires médicales	2013-2017	ADM, AJ	
	Participer aux journées d'information des professionnels (ex : information des médecins sur les certificats)	2013-2017	DQRJU, CME	
	Mettre à disposition des professionnels des outils pratiques (plaquettes, affiches…)	2013-2017	DQRJU	Nombre de supports diffusés
	Créer une lettre « Qualité –Risques – Juridique - Usagers » (définir la périodicité, le contenu, …)	2013-2017	DQRJU	Nombre de supports diffusés